

Oppløftet eller nedtrykt?

En kvantitativ studie av depressive symptomer og betydningen av psykososiale ressurser i ulike grupper

Anja Maria Steinsland



Masteroppgave i sosiologi, Samfunnsvitenskapelig Fakultet.

UNIVERSITETET I OSLO

Høst 2008

Sammendrag

I denne oppgaven vil jeg belyse betydningen av kjønn, utdanning og psykososiale ressurser for depressive symptomer i et norsk utvalg fra 2003. Problemstillingen omhandler effekten av utdanning på henholdsvis mestringsfølelse og depressive symptomer, og hvorvidt disse effektene er sterkere blant kvinner enn blant menn. Videre tematiseres fordelingen av sosiale ressurser i form av sosial støtte, samvær med andre og naborelasjoner, med særlig vekt på forskjeller mellom kjønn og utdanningsgrupper. Forholdet mellom sosiale ressurser, mestringsfølelse og depressive symptomer vil også problematiseres. Sentralt i den forbindelse står spørsmålet om korrelasjonen mellom mestringsfølelse og depressive symptomer er sterkest i grupper med få sosiale ressurser, og hvordan en slik sammenheng best kan forklares.

Jeg vil presentere teoretiske og forskningsmessige bidrag som drøfter og undersøker årsaker til depressive symptomer, fordelingen av psykososiale ressurser og forholdet mellom disse faktorene. Deretter redegjør jeg for forklaringsmodeller for sosial ulikhet i helse; først og fremst perspektiver som vektlegger betydningen av strukturelle faktorer og psykososiale forhold.

Datamaterialet som ligger til grunn for analysene er hentet fra norLAG – Den norske studien av livsløp, aldring og generasjon. Denne undersøkelsen er utført av Statistisk Sentralbyrå i regi av NOVA. Materialet analyseres ved hjelp av regresjons- og korrelasjonsanalyse. Avslutningsvis drøfter jeg funnene ved hjelp av teorien som tidligere er presentert.

Forord

I arbeidet med denne masteroppgaven har jeg hatt flere gode støttespillere. I den forbindelse vil jeg først takke min enestående hovedveileder Gunn Birkelund for faglige tilbakemeldinger, oppmuntringer og kloke ord. Takk også til min biveileder Britt Slagsvold for gode tips og råd med hensyn til problemstilling og relevant litteratur, samt at hun gav meg muligheten til å jobbe med et spennende datamateriale. I den anledning vil jeg også takke Thomas Hansen for at han tålmodig har besvart alle mine spørsmål om variabler og SPSS-funksjoner. Takk til Arne Mastekaasa og Torkild Hovde Lyngstad for nyttige metodiske innspill. Takk til Benedetta Frosini for korrekturlesing.

For øvrig vil jeg også rette en stor takk til NOVA for kontorplass og stipend. Takk også til bibliotekarene på NOVA/ISF, som gjør en fantastisk jobb. Takk til medstudenter som har bidratt med godt selskap på kontoret og til de mange Fjordland-middagene i slutfasen av skriveprosessen. Takk til min familie og mine nærmeste venner for sosial støtte i alle ordets betydninger. Sist men ikke minst takk til min kjære øyensten for faglig interesse, smittende optimisme, samt humor og varme på trøtte dager.

SAMMENDRAG	2
FORORD	3
1. INNLEDNING	8
1.1 FORSKNINGSSPØRSMÅL	9
1.2 SAMFUNNSMESSIG RELEVANS – PSYKISK HELSE I NORGE	10
1.2.1 Velstand og sosial ulikhet.....	12
1.3 SOSIOLOGISK RELEVANS	14
1.4 BEGREPSAVKLARING	16
1.4.1 Depresjon og depressive symptomer – to ulike tilnærminger	16
1.4.2 Psykososiale faktorer - mestringsfølelse og sosiale ressurser.....	18
1.5 GANGEN I OPPGAVEN.....	20
2. ULIKE PERSPEKTIVER PÅ MENTAL HELSE.....	21
2.1 SOSIOLOGI OG MENTAL HELSE	21
2.2 DEPRESSIVE SYMPTOMER	22
2.2.1 Risikofaktorer og beskyttelsesmekanismer: Mestring og sosiale ressurser.....	23
2.3 MESTRINGSFØLELSE	24
2.3.1 Teorien om sosial læring.....	25
2.3.2 Teorien om lært hjelpeløshet.....	26
2.3.3 Sosial ulikhet i mestring	26
2.3.4 Sammenhengen mellom mestringsfølelse og depressivitet	28
2.4 SOSIALE RESSURSER	30
2.4.1 Sosial kontakt og sosial støtte	30
2.4.2 Ulike typer sosial støtte	32

2.4.3	<i>Attachment theory</i>	33
2.4.4	<i>Sosial ulikhet i sosiale ressurser</i>	34
2.4.5	<i>Sammenhengen mellom sosial støtte og depressivitet</i>	35
2.4.6	<i>Forholdet mellom mestring, sosiale ressurser og depressivitet</i>	38
2.5	SOSIAL ULIKHET I HELSE	39
2.5.1	<i>Utdanning og psykisk helse</i>	40
2.5.2	<i>Strukturalistiske forklaringsmodeller</i>	42
2.5.3	<i>Den psykososiale forklaringsmodellen</i>	45
2.5.4	<i>Artefaktforklaringer</i>	52
2.5.5	<i>Oppsummering av hypoteser</i>	53
3.	DATA, VARIABLE OG METODE	54
3.1	DATAMATERIALET	54
3.1.1	<i>Frafall</i>	55
3.1.2	<i>Surveyundersøkelsen – styrker og svakheter</i>	56
3.1.3	<i>Operasjonalisering av variabler</i>	57
3.1.4	<i>Operasjonalisering av uavhengige variabler</i>	62
3.2	VALIDITETSVURDERINGER, SAMMENHENDER OG METODISKE REDSKAPER	65
3.2.1	<i>Regresjonsanalyse</i>	68
3.2.2	<i>Korrelasjonsanalyse</i>	69
4.	DEPRESSIVITET, KJØNN OG UTDANNING, SAMT FORDELINGEN AV SOSIALE RESSURSER	70
4.1	EGENSKAPER VED UTVALGET	70
4.2	EFFEKTEN AV KJØNN OG UTDANNING PÅ MESTRING OG DEPRESSIVITET	73
4.3	FORDELINGEN AV SOSIALE RESSURSER	81

4.4	OPPSUMMERING	88
5.	FORHOLDET MELLOM MESTRING, SOSIALE RESSURSER OG DEPRESSIVITET	90
5.1	KORRELASJONER MELLOM DEPRESSIVE SYMPTOMER, MESTRINGSFØLELSE OG SOSIALE RESSURSER.....	91
5.2	REGRESJONSANALYSE AV SAMSPILL MELLOM MESTRING OG SOSIALE RESSURSER PÅ DEPRESSIVITET	96
5.3	OPPSUMMERING	100
6.	DISKUSJON AV MULIGE ÅRSAKSFORKLARINGER	103
6.1	MULIGE FORKLARINGER PÅ SAMSPILL MELLOM KJØNN OG UTDANNING PÅ MESTRING OG DEPRESSIVITET	103
6.1.1	<i>Samspill mellom utdanning og kjønn på mestringsfølelse</i>	<i>104</i>
6.1.2	<i>Samspill mellom kjønn og utdanning på depressivitet</i>	<i>109</i>
6.2	ULIKHET I SOSIALE RESSURSER	112
6.2.1	<i>Paradoksale forskjeller mellom utdanningsgruppene</i>	<i>113</i>
6.2.2	<i>Forholdet mellom depressivitet, mestring og sosiale ressurser</i>	<i>115</i>
6.2.3	<i>Positive sammenhenger mellom mestring og sosiale ressurser.....</i>	<i>116</i>
6.2.4	<i>Depressive symptomer er negativt korrelert med mestring og sosiale ressurser</i>	<i>117</i>
6.2.5	<i>Samspill mellom mestring og sosiale ressurser på depressivitet?</i>	<i>120</i>
6.3	KONKLUSJON	123
6.3.1	<i>Fremtidig forskning.....</i>	<i>124</i>
	KILDELISTE	126
	APPENDIKS.....	136

Tabeller

Tabell 4.1 Egenskaper ved utvalget	70
Tabell 4.2 Samspill mellom kjønn og utdanning på mestring og depressive symptomer	73
Tabell 4.3 Fordelingen av sosiale ressurser	82
Tabell 5.1 Korrelasjon mellom mestring og sosiale ressurser	91
Tabell 5.2 Korrelasjon mellom depressivitet og henholdsvis mestring, sosiale ressurser og produktledd	92
Tabell 5.3 Samspill mellom mestring og sosiale ressurser på depressivitet	97

Figurer

Figur 4.1 Samspill mellom kjønn og utdanning på mestringsfølelse	88
Figur 4.2 Samspill mellom kjønn og utdanning på mestringsfølelse	88
Figur 4.3 Kjønn, utdanning og sosiale ressurser	89
Figur 5.1 Forholdet mellom depressivitet og mestring for grupper med ulik grad av sosial støtte	94
Figur 5.2 Forholdet mellom depressivitet og mestring for grupper med ulike naborelasjoner	95
Figur 5.3 Analytisk fremstilling av funnene	101

1. Innledning

Det er vel kjent at høy utdanning, kontroll over eget liv og gode sosiale relasjoner gjerne gir positive virkninger for psykisk helsetilstand. I den anledning vil jeg spørre om hver av disse ressursene har lik betydning for depressive symptomer på tvers av sosiale skillelinjer? Eller kan det tenkes at disse sammenhengene i stor grad påvirkes av hvilke kjennetegn vi ellers har, og hvilke øvrige ressurser vi har til rådighet? Hvilken betydning har psykososiale faktorer for sosiale forskjeller i mental helse?

I denne oppgaven vil jeg vise hvordan utdanning kan ha større betydning for depressive symptomer blant kvinner enn blant menn. Videre vil jeg se nærmere på hvordan sosiale ressurser i form av sosial støtte, samvær med andre og godt naboskap fordeler seg mellom kjønnene og utdanningsgruppene. Deretter vil jeg skissere hvordan sammenhengen mellom mestringsfølelse og depressive symptomer viser seg sterkest i grupper som i liten grad opplever sosial støtte fra sine nærmeste eller gode relasjoner til sine naboer.

For å belyse disse problemstillingene vil jeg blant annet gjøre bruk av forklaringsmodeller for sosial ulikhet i helse. Tittelen på denne oppgaven henspiller dermed til forskjeller mellom sosiale grupper både i psykologisk og sosial forstand. Opplyftet kan betegne et muntert sinn, mens ordet nedtrykt gjerne viser til vanskelige følelser. Spørsmålet dreier seg likevel også om forholdet mellom ulike grupper i et samfunn. Medfører sosiale strukturer at enkelte grupper uberørt heves over forhold som utgjør tyngende belastninger for andre? Hvorvidt bør fordelingen av depressive symptomer sees i lys av sosial ulikhet i samfunnet for øvrig?

Problemstillingen vil besvares ved hjelp av kvantitative analyser av surveydata.

Datamaterialet er basert på resultatene fra en spørreundersøkelse som ble utført i regi av NOVA i 2003. Utvalget er trukket fra den norske befolkningen.

Bakgrunn

En rekke tidligere undersøkelser har konkludert med at kvinner oppgir flere depressive plager enn menn (Alvarado, Zunzunegui m.fl 2007, 230, Ross & Mirowsky 2006, 1407, Minicuci m.fl 2002, M156, Zunzunegui m.fl 1998, 197). Videre har utdanning blitt ansett

som en ressurs som reduserer forekomsten av slike symptomer (Sonnenberg m.fl. 2000, 290). I tillegg har en funnet at forebyggende effekten av utdanning på depressivitet har vært sterkere for kvinner enn for menn. Til tross for at mennenes utdanning i større grad har blitt belønnet med autoritet og høyere lønnsnivå på arbeidsplassen - og en dermed skulle tro at denne variabelen ville ha en sterkere effekt på mennenes psykiske velvære - har effekten av utdanning vært sterkest for kvinnene (Ross & Mirowsky 2006, 1409). Samspillet ble fortolket som utslag av at kvinnenenes utdanning hadde avgjørende betydning for deres mestringsfølelse, som særlig motvirket depressive plager hos kvinnene. I tillegg kunne utdanning fungere som en døråpner til arbeid hvor oppgavene ga rom for kreativitet og autonomi for kvinner som ellers ville vært henvist til ensformige og belastende jobber (Ross & Mirowsky 2006, 1407). Som jeg senere vil komme tilbake til i avsnitt 2.5.1, vil dette samspillet danne bakgrunn for de to første hypotesene i denne oppgaven.

Depressive plager er også gjerne knyttet til lav mestringsfølelse (Turner m.fl. 1999c, 659) og manglende sosial støtte (Minicuci m.fl. 2002, M157). Mirowsky og Ross har videre funnet at sammenhengen mellom mestringsfølelse og depresjon er sterkest blant dem med lite sosial støtte, og at effekten av sosial støtte er sterkest blant dem med lav mestringsfølelse. Med andre ord blir betydningen av hver av ressursene redusert idet den andre også er tilgjengelig. I den anledning kommer det også frem at høy inntekt og status er positivt korrelert med både mestringsfølelse og grad av sosial støtte. Konklusjonen er at mindre privilegerte grupper er mer avhengige av sosial støtte for å ivareta sin mentale helse, da disse gruppene har vesentlig lavere mestringsfølelse (Mirowsky & Ross 2003, 204).

1.1 Forskningsspørsmål

Sammenhengene som hittil er skissert vil danne utgangspunkt for mine analyser. Først vil jeg undersøke hvorvidt effekten av utdanning på depressivitet og mestring er betinget av kjønn. Deretter vil jeg undersøke hvordan sosiale ressurser – i form av sosial støtte, samvær med andre og god naborelasjoner – er fordelt i utvalget. Også her vil jeg legge vekt på betydningen av kjønn og utdanning. Videre vil jeg undersøke sammenhengen mellom depressivitet, mestring og sosiale ressurser, for å undersøke hvorvidt disse er i tråd med det en kan forvente med bakgrunn i funnene hos Mirowsky og Ross (2003). I den anledning vil jeg understreke at årsaksretninger i disse sammenhenger mellom disse faktorene vanskelig

kan fastslås i mine analyser. Som jeg senere vil komme tilbake til, er mestring, sosiale ressurser og depressivitet faktorer som kan påvirke hverandre. Ettersom mine analyser er basert på tverrsnittsdata, er det heller ikke mulig å anslå hvilken tidsrekkefølge faktorene oppstår i. Av den grunn vil jeg unngå å formulere forskningsspørsmål og hypoteser som impliserer at effekten går fra mestring/sosiale ressurser til depressivitet, men holde muligheten åpen for at virkningen kan gå begge veier.

Dermed kan en formulere følgende forskningsspørsmål:

- * Er effekten av utdanning på mestringsfølelse sterkere for kvinner enn for menn?
- * Er effekten av utdanning på depressive symptomer sterkere for kvinner enn for menn?
- * Er sosial støtte, naborelasjoner og samvær ulikt fordelt mellom kvinner og menn?
- * Er sosial støtte, naborelasjoner og samvær ulikt fordelt mellom ulike utdanningsgrupper?
- * Er sammenhengen mellom mestring og depressivitet sterkest i grupper med få sosiale ressurser?

Formålet ved denne oppgaven er å bidra til å utvikle kunnskap om hvilke faktorer som påvirker fordelingen av depressive symptomer i Norge. Nærmere bestemt vil jeg belyse hvorvidt sammenhengen mellom utdanning, mestringsfølelse og depressivitet betinges av kjønn. Videre vil jeg undersøke hvorvidt korrelasjonene mellom mestringsfølelse, sosiale ressurser og depressive symptomer er i tråd med den en kan forvente seg ut fra hypotesen om samspill mellom sosial støtte og mestringsfølelse. Mer konkret innebærer dette å undersøke om sammenhengen mellom mestring og depressivitet er ekstra sterk i grupper med få sosiale ressurser. Da mine analyser er basert på tverrsnittsdata, vil jeg for øvrig være forsiktig med å fastslå kausalretningen i disse sammenhengene; selv om mestringsfølelse og sosiale ressurser trolig påvirker depressivitet, er det mulig at effektene også går motsatt vei.

1.2 Samfunnsmessig relevans – psykisk helse i Norge

Individets psykiske helse kan være avgjørende både for vedkommendes livskvalitet og yteevne. Per i dag er depresjon en av de vanligste psykiske lidelsene i Norge. Ifølge

regjeringen er det til enhver tid ca 15 % av den norske befolkningen som har psykiske plager som depresjon, angst, fobier etc. Psykiske lidelser er en svært hyppig årsak til sykemelding lenger enn 14 dager. (www.regjeringen.no)¹. På bakgrunn av slike opplysninger kan man slutte seg til at de økonomiske og sosiale konsekvensene av depressive plager er temmelig omfattende. Dermed er psykisk helse et viktig tema både for den enkelte og samfunnet som helhet, og kunnskap om depressivitet og forebyggende ressurser vil dermed ha samfunnsmessig relevans. For å forstå hvilke årsakssammenhenger som gjør seg gjeldende, synes det nødvendig å undersøke fordelingen av slike symptomer i befolkningen: «To learn why some people are more distressed than others, we must first find out *who* is more distressed: who feels happy, energetic, fulfilled, and hopeful; who feels miserable, run down, empty and worried» (Mirowsky & Ross 2003, 54).

I Norge kjennetegnes de høyeste utdanningsgruppene av best helsetilstand, mens de laveste utdanningsgruppene har jevnt over dårligst helse (Thrane 2005, 12). Når det gjelder psykisk helse, fant man ikke sammenhenger mellom psykisk helse og yrkesklasser i en undersøkelse av den norske befolkningen i 1985 (Moum 1991). I Helseundersøkelsene i 1998 og 2002 fant man derimot at betydelige psykiske plager var vanligere blant kvinner enn blant menn. Videre ble sammenhengen mellom utdanning og psykisk helse betegnet som et trappetrinnmønster; den psykiske helsetilstanden i utdanningsgruppene ble bedre i takt med økende utdanningslengde (Folkehelseinstituttet 2007, 23). I undersøkelsen fra 1998 fant man at inntekt var av stor betydning for psykiske plager blant menn, mens utdanning viste seg å være mer avgjørende for kvinners psykiske helse (Rognerud m.fl. 2002, 246). Videre har man også funnet at manglende mestring av egen livssituasjon har stor betydning for økt hyppighet av psykiske plager i lave utdanningsgrupper (Dalgard 2006, 9).

Kunnskap om kjønnsforskjeller i helse er kanskje særlig betydningsfull med tanke på den økende andelen eldre i befolkningen. Denne endringen vil over tid medføre voksende behov for omsorgstjenester. I den anledning kan en merke seg at den kvinnelige andelen av den eldre brukergruppen er betydelig større enn den mannlige. Dette følger av at kvinner generelt har høyere levealder enn menn, samt lengre sykeleier på sine eldre dager. I forbindelse med

¹ <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/NOUer/1999/NOU-1999-13/10/13/1.html?id=353041>

aldersforskning synes det dermed relevant å kartlegge plager som forekommer hyppig blant kvinner, samt hvilke faktorer som påvirker disse plagene. (Stortingsmelding nr 25 2005-2006 Mestring, muligheter og mening, 46). Med dette utgangspunktet synes det hensiktsmessig å kartlegge kjønnsforskjeller med hensyn til depressive symptomer i den andre halvparten av livsløpet.

I tilknytning til betydningen av kjønn og utdanning på depressivitet, lønner det seg å være oppmerksom på betydelige endringer i rekruttering til videregående og høyere utdanning de siste tiårene. På 50-tallet var det en klar overvekt av mannlige studenter. I den senere tid har derimot kvinnene vært overrepresentert i disse institusjonene, skjønt forskjellene nå er i ferd med å jevne seg ut (Nordli Hansen & Mastekaasa 2005, 83). Da utvalget består av respondenter som i 2003 var i alderen 40-80 år, vil flere av dem trolig vært elever/studenter på et tidspunkt da kvinner i mindre grad ble rekruttert til høyere utdanning.

NOVA-rapportene "Morgendagens Eldre" (11/05) og "Eldre år, lokale variasjoner" (15/06) er basert på datamaterialet som også ligger til grunn for denne oppgaven. Her har man funnet at kvinner har flere depressive symptomer enn menn, og at både utdanning og inntekt er sterkt forbundet med slike symptomer. Kjønnsforskjellen i grad av depressive symptomer synes fortrinnsvis å være knyttet til forskjeller i utdanning, inntekt, fysisk helse og sivilstand (samboer/ekteskap). Sammenhengen mellom alder og depressive symptomer har vist seg å være kurvelineær (Clausen & Slagsvold 2005, 118-119). Videre har man funnet at utdanningsnivået er lavest i små kommuner med stor avstand til byer (Blekesaune 2006, 23). En har også funnet betydelige lokale variasjoner i naborelasjoner. Naborelasjoner preget av hyppig kontakt forekommer langt sjeldnere i byer enn i små kommuner, mens nære vennskap forekommer hyppigst i byene (Slagsvold m.fl. 2006, 80-82). Disse funnene vil danne utgangspunkt for mine analyser.

1.2.1 Velstand og sosial ulikhet

I et globalt perspektiv er befolkningen i Norge utvilsomt privilegert på mange måter. Vi har svært høy gjennomsnittsinntekt, og inntektsfordelingen er relativt jevn, sett i internasjonal sammenheng. Forventet levealder er høy, befolkningen som helhet kjennetegnes av god helse. Videre høster vi fruktene av likestillingsprosessen, og nyter godt av en velutbygget infrastruktur (Brunborg 2002). Dette er noen av konklusjonene som

trekkes i analyser av Fns undersøkelser. Resultatene publiseres blant annet i rapporten Human Development Report, som årlig utarbeides av FNs utviklingsprogram. Her presenteres en rangering av landene, ut fra faktorer som får betydning for befolkningens liv og helse, som inntektsnivå, utdanningsnivå og levealder. Senest i 2006 kom Norge best ut på denne rangeringen, og ble som kjent kåret til ”verdens beste land å bo i”². En kan også trekke inn hvordan lovfestet rett til helse- og utdanningstilbud, samt visse sosiale stønadsordninger også bidrar til sosial likhet (Esping-Andersen 1990, 10, i Valset 2007, 13).

Forholdet mellom levestandard og helse i Norge kan sies å ha en paradoksal karakter: ”Dette paradokset består i at Norge på den ene siden befinner seg blant landene i Europa som har den jevneste fordelingen av velferdsgoder, samtidig som helse- og dødelighetsforskjellene mellom sosiale grupper er blant de høyeste” (Valset 2007, 14). FNs undersøkelser konkluderer med at Norge ligger i verdenstoppen når det gjelder velferdsgoder (Brunborg 2002). Samtidig har andre undersøkelser funnet at helseforskjellene mellom ulike sosiale grupper i Norge er større enn i mange andre land (Machenbach m.fl. 1997). Hensiktsmessige økonomiske ordninger synes med andre ord ikke tilstrekkelig for å sikre befolkningen god helse på tvers av sosiale skillelinjer.

Kunnskap om hvilke faktorer som påvirker depressivitet vil få betydning for dem det gjelder og deres pårørende; grundig undersøkelse og drøfting av mulige forklaringer kan bidra til økt innsikt i problemstillinger knyttet til mental helse. Videre kan en vitenskapelig tilnærming til denne problematikken forhåpentligvis bidra til bedre forståelse, og derigjennom generell avmystifisering av temaet. I beste fall kan dette bidra til økt kunnskap også blant dem som ikke er personlig berørt av slike symptomer, slik at personer med depressive reaksjoner slipper tilleggsbelastninger i form av uvitenhet og manglende forståelse fra omgivelsene. Studier som denne vil også være av interesse i myndighetenes arbeid med å styrke befolkningens psykiske helse, og arbeidet med å kartlegge konsekvensene av sosial ulikhet.

² http://hdr.undp.org/en/media/HDR_2006_Tables.pdf (10.09.2008)

1.3 Sosiologisk relevans

Innenfor sosiologien har dynamikken mellom individets handlefrihet og strukturelle begrensninger stadig vært gjenstand for diskusjon: «sociology explores the nature of social order in large part because it is concerned about its implications for individual freedom» (Alexander 1987, 13). Ved å undersøke hvordan forekomsten av depressive symptomer i utvalget samvarierer med relevante sosiale faktorer, kan man bidra til å belyse hvorvidt individets plager kan knyttes til bestemte samfunnsmessige strukturer i vår tid.

Forholdet mellom samfunnsstrukturer og psykiske belastninger har vært tematisert innen sosiologien helt siden fagdisiplinens opprinnelse. Et klassisk eksempel er Durkheims betraktninger om hvordan forekomsten av selvmord i et samfunn kan belyses av sosial integrasjon; for svak eller for sterk sosial tilknytning synes å øke selvmordsratene (Durkheim 2001, 103). En annen sentral bidragsyter er Robert K. Merton. Hans anomibegrep viser til et forventningsmessig misforhold som oppstår når kulturelle idealer i et samfunn ikke akkompagneres av tilgang til nødvendige midler i befolkningen. Videre viser han til hvordan dette misforholdet kan møtes med ulike reaksjoner fra aktørene, deriblant resignasjon, kriminalitet og psykiske lidelser (Merton 1938, 679). Durkheims studie av selvmord og Mertons anomibegrep kan sees som treffende beskrivelser av sammenhengen mellom strukturelle og individuelle forhold; hvordan organiseringen av samfunnet som helhet får ringvirkninger helt inn i innbyggers psyke. Som en naturlig forlengelse av slike betraktninger synes det relevant å undersøke hvordan psykiske plager i befolkningen er knyttet til sosiale faktorer også i vår tid.

Ved å undersøke ulikhet i mental helse kan en bidra til å belyse hvordan fordelingen av ulike belastninger og ressurser påvirker helsetilstanden i ulike grupper. I den grad sosiale forskjeller medfører depressive symptomer i bestemte grupper, synes det aktuelt for sosiologien å avdekke slike sammenhenger, da en forståelse av organiseringen av samfunnet som ikke belyser dens konsekvenser, unektelig må karakteriseres som mangelfull. Dermed ønsker jeg å belyse hvorvidt aspekter ved den sosiale strukturen kan medføre at enkelte grupper i større grad utsettes for belastninger som gjerne fører til depressivitet, og i den

anledning vil jeg trekke inn teorier som vektlegger strukturelle aspekter, eksempelvis *structural strain theory*.

I den forbindelse synes det likevel relevant å poengtere at en adekvat forståelse av sosialt liv også må ta høyde for at sosiale strukturer også muliggjør handling og utvikling som individet vanskelig kunne prestert på egenhånd (Giddens 1976, 161). Videre kan sosiale omgivelser være kilde til positive opplevelser av tilhørighet, fellesskap og aksept, som kan ha en gunstig effekt på psykisk helse (Siegrist 2004, 1465). En slik oppfatning kan muligens sies å stå i motsetning til det strukturelle perspektivet, som i flere sammenhenger vektlegger problematiske og begrensende aspekter ved den sosiale strukturen. For å bevare begge perspektivene, vil jeg derfor også diskutere hvorvidt individet også kan styrke vilkårene for sin mentale helse gjennom psykososiale ressurser, som positiv sosial kontakt, mestringsfølelse og evner til problemløsning. Disse aspektene vil jeg belyse ved hjelp av læringsteori, *human capital theory* og stressteori. For øvrig vil jeg også diskutere hvorvidt også psykososiale ressurser også kan betraktes i et strukturelt perspektiv ved å trekke inn studier som fokuserer på hvordan mestringsfølelse og sosiale relasjoner varierer mellom ulike sosiale grupper. I den forbindelse vil jeg ta i bruk *attachment theory*, samt den psykososiale forklaringsmodellen hos Elstad (2000).

Forskjeller i psykisk helse kan dessuten tenkes å påvirke sosiale handlingsmønstre. I den forbindelse vil jeg understreke at sosiologien tradisjonelt har vært kjennetegnet av et fokus på kollektiv atferd og sentrale trekk ved samfunnet (Siegrist 2004, 1465). I den forbindelse synes det relevant å forstå psykisk helsetilstand som en ressurs eller begrensning som bidrar til ulike forutsetninger for handling i ulike grupper. Mer konkret kan en tenke seg at grupper kjennetegnet av depressive symptomer også vil preges av andre preferanser, muligheter og prioriteringer enn grupper med færre psykiske problemer. I den grad handlingsmønstre i forskjellige sosiale grupper springer ut av ulike helsemessige forutsetninger, synes det også å være sosiologiens oppgave å avdekke slike forhold. I denne oppgaven vil jeg fortrinnsvis fokusere på hvilke kjennetegn som samvarierer med depressive symptomer, og hvilke som ikke gjør det. Hvorvidt slike forskjeller resulterer i ulike handlingsmønstre vil jeg fokusere mindre på, av hensyn til oppgavens omfang. I sin tur vil likevel kunnskap om forskjeller i psykisk helse ligge til grunn for slik forskning.

1.4 Begrepsavklaring

Jeg vil nå klargjøre hvordan betegnelsene depressive symptomer, psykososiale ressurser, sosiale ressurser, mestringsfølelse, sosial støtte, samvær og naborelasjoner vil brukes i denne oppgaven. Avslutningsvis vil jeg presisere betydningen av begrepene stress og stressor.

1.4.1 Depresjon og depressive symptomer – to ulike tilnærminger

I studier av sammenhenger mellom psykisk helse og ulike årsaksfaktorer, er det vanlig å skiller mellom to ulike tilnærmingsmåter. For det første kan man ta utgangspunkt i psykiatriske diagnoser, og undersøke hvorvidt den syke og den friske gruppen skiller seg fra hverandre. Den andre tilnærmingen - som denne oppgaven er basert på – impliserer at en snarere kartlegger fordelingen av symptomer på bestemte lidelser i befolkningen. I begge tilfeller søker man gjerne å kartlegge betydningen av ulike bakgrunnsfaktorer (Horwitz 1999, 59). I denne oppgaven benyttes en indeks som baserer seg på respondentens selvrapportering, og slik måler fordelingen av depressive symptomer i et representativt utvalg fra befolkningen. En skiller altså ikke mellom informanter med og uten klinisk diagnose, men måler snarere forekomst av flere ulike depressive symptomer i utvalget. Dermed kan en utforske variasjoner i fordelingen av depressive symptomer, også innad i gruppen av forholdsvis friske mennesker.

Betegnelsene depressive symptomer, depressivitet og depressive reaksjoner vil her forstås som summen av individets symptomer og plager, uavhengig av om disse kvalifiserer til en klinisk diagnose eller ikke. Indeksen som ligger til grunn for analysene, kan betraktes som en gradert skala for symptomer, der lave verdier tilsvarer få symptomer, og høye verdier tilsvarer mer omfattende depressive plager. Begrepet depresjon viser snarere til depressive symptomer med en alvorsgrad som kvalifiserer til en psykiatrisk diagnose. I den grad jeg tar i bruk begrepet depresjon, er dette gjengivelse av relevant informasjon fra tidligere teori og forskning, hvor dette begrepet står sentralt.

For å belyse skillet mellom begrepene ytterligere, kan en trekke inn hvordan Folkehelseinstituttet skiller mellom psykiske plager og psykiske lidelser: Psykiske forstås som ”angst, fortvilelse, følelse av meningsløshet, uro, søvnvansker, konsentrasjonsvansker” (Folkehelseinstituttet 2007, 30) Psykiske lidelser innebærer i større grad ”endring i tanke-

følelses- og/eller atferdsmønster kombinert med opplevelsen av psykologisk smerte eller redusert fungering” (Folkehelseinstituttet 2007:1, 30). Tilsvarende kan en se for seg at depressive symptomer i form av sinnsstemninger, problemer, tanke- eller atferdsmønstre i større eller mindre grad oppleves som problematisk for individet. Depresjon betegner kun tilstander der disse symptomene har nådd en bestemt alvorsgrad av omfang og intensitet.

I tilknytning til dette skillet synes det nærliggende å spørre seg om teori og forskning som dreier seg om depresjon nødvendigvis har relevans i en studie av depressivitet. Bør en gjøre bruk av teori som angår depresjon, når diagnosen ikke utgjør målestokken i ens analyser? I den anledning vil jeg trekke inn hvordan Seligman presiserer at også friske individer gjerne opplever symptomer på depresjon, eksempelvis tristhet, energimangel og humørløshet. Slike tilstander kan først forstås som sykelige idet symptomene vedvarer over tid. Markant depresjon kjennetegnes dessuten av at symptomene tiltar i styrkegrad, og individet blir gjerne generelt demotivert og mister sin interesse for omverdenen. Negativ selvoppfatning, manglende opplevelse av egenverdi, samt skyldfølelse er andre kjennetegn (Seligman 1975, 77).

Dette kan summeres til at depresjon og depressive symptomer er svært nært beslektet. For å belyse hvilke faktorer som resulterer i depressive symptomer, må en nødvendigvis også ta høyde for faktorer som først og fremst angår de sterkest belastede gruppene. Dermed synes det hensiktsmessig å inkludere teoretiske eller forskningsmessige bidrag som fortrinnsvis belyser årsaksfaktorer i disse gruppene, selv om målestokken er annerledes.

Mot dette kan en selvsagt innvende at årsaksfaktorene kan skille seg fra hverandre mellom grupper med klinisk diagnose og dem med mindre omfattende symptomer. Seligman skiller imidlertid mellom reaktive og endogene depresjoner. Reaktive depresjoner oppstår gjerne som en psykisk reaksjon på krevende omstendigheter eller hendelser, og forekommer hyppigst. Endogene depresjoner er derimot knyttet til genetiske/biologiske årsaksfaktorer. Denne depresjonstypen kjennetegnes gjerne av sterkere symptomer, og må oftere behandles med medisiner (Seligman 1975, 78). Dette skillet nyanseres ytterligere av Blazer, som trekker frem betydningen av både biologiske, psykologiske og sosiale årsaksfaktorer til depresjon (Blazer 1982).

Med andre ord kan det tenkes at grupper med sterke depresjoner i større grad er biologisk disponert for slike reaksjoner, og at biologiske faktorer spiller en større rolle i disse gruppene

enn i grupper med færre og svakere symptomer. I den forbindelse synes det nødvendig å påpeke at denne oppgaven fortrinnsvis fokuserer på sammenhengen mellom psykososiale faktorer og depressive symptomer, og at biologiske faktorer dermed vil komme i bakgrunnen. Her kan man selvsagt innvende at et slikt fokus innebærer en risiko for at genetiske/biologiske faktorer kan ligge til grunn for psykososiale faktorer. Dermed risikerer man at depressive symptomer tilskrives psykologiske faktorer eller aspekter ved den sosiale strukturen i tilfeller hvor både psykisk helsetilstand og psykososialt funksjonsnivå bør forstås som utslag av biologiske forhold. Betydningen av biologiske aspekter vil diskuteres videre senere i oppgaven. I denne sammenhengen vil jeg nøye meg med å poengtere at datamaterialet som ligger til grunn for denne oppgaven ikke danner grunnlag for slike analyser. I sentrum for min problemstilling står fordelingen av depressive symptomer mellom ulike grupper, og betydningen av psykologiske og sosiale ressurser. I den grad slike faktorer gjør seg gjeldende i grupper med depresjon som klinisk diagnose, synes det relevant å benytte kunnskap også fra studier med en mer diagnostisk tilnærming for å oppnå best mulig forståelse av hvordan slike faktorer påvirker depressive symptomer.

1.4.2 Psykososiale faktorer - mestringsfølelse og sosiale ressurser

Uttrykket psykososiale ressurser/faktorer vil i denne oppgaven benyttes som en samlebetegnelse på psykologiske og sosiale faktorer, og vil hovedsakelig vise til mestringsfølelse, ukentlig samvær, naborelasjoner og sosial støtte. I den grad betegnelsen viser til andre psykologiske eller sosiale faktorer som gjengis fra tidligere forskning, vil dette presiseres.

Begrepet mestringsfølelse her betegne individets opplevelse av personlig kontroll, som viser til en overbevisning om at en kan påvirke egen livssituasjon (Ross & Sastry 1999, 369) I denne oppgaven viser altså høy mestringsfølelse til en generell oppfatning av at en har evne og mulighet til å legge premissene for ens eget liv. Lave verdier på variabelen viser til individets opplevelse av at en i liten grad kan påvirke dets omgivelser og situasjon.

Videre vil jeg tidvis benytte betegnelsen sosiale ressurser som en samlebetegnelse for sosial støtte, ukentlig samvær og naborelasjoner, med andre ord de sosiale aspektene av psykososiale ressurser. I den forbindelse synes det relevant å påpeke at ukentlig samvær er et

mål på sosial kontakt som ikke sier noe om kvaliteten på relasjonen. Dette skiller seg fra betegnelsen sosial støtte, som fortrinnsvis refererer til kontakt med positive fortegn, hvor individet møtes med verdsettelse, forståelse, omtanke og/eller praktisk hjelp ved behov (Turner 1999a, 200). Forskjellen mellom disse vil utdypes i kapittel 2.

Med hensyn til sosial støtte kan en videre skille mellom ulike typer. Respondenten kan oppleve bidrag fra støttespillere i form av praktisk hjelp, økonomiske bidrag, eller hjelp til å finne relevant informasjon og kunnskap som som kan være til nytte for individet. Variabelen jeg tar i bruk, måler fortrinnsvis emosjonell støtte, som dreier seg om kjærlighet, fortrolighet og verdsettelse som tilbys i ens relasjoner (Thoits 1995, 64).

I tilknytning til sosial støtte synes det videre nødvendig å poengtere at en gjerne skiller mellom kognitive og atferdsmessige aspekter. Det kognitive aspektet dreier seg om respondentens *opplevelse* av å bli verdsatt av andre og tilgjengeligheten av hjelp fra andre ved behov. Det atferdsmessige aspektet gir snarere uttrykk for hvorvidt respondenten faktisk har mottatt ulike typer hjelp i en viss periode (Berkmann & Glass, 2000, 146). Det kognitive aspektet ved sosial støtte ligger til grunn for variabelen i denne oppgaven. Hvilke betraktninger som ligger til grunn for dette valget vil jeg komme tilbake til i kapittel 2 og 3.

Betegnelsen naborelasjoner viser til summen av ulike indikatorer på positiv naborelasjoner. Den har visse fellestrekk med sosial støtte idet den utelukkende uttrykker positive aspekter ved relasjoner. Mens sosial støtte i denne oppgaven fortrinnsvis gir uttrykk for opplevelsen av støtte i nære relasjoner, kan variabelen naborelasjoner si noe om positive aspekter ved andre relasjoner, nærmere bestemt ens naboforhold. I denne studien vil variablene naborelasjoner og sosialt samvær benyttes som supplement til sosial støtte for å bidra til å kartlegge betydningen av ulike aspekter ved sosiale relasjoner. Denne funksjonen impliserer at også naborelasjoner og samvær vil inkluderes i analyser der sosial støtte utgjør en sentral variabel.

Avslutningsvis synes det relevant å gjengi Thoits presisering av tvetydigheten i begrepet stress, som i visse sammenhenger betegner årsaker til psykiske problemer, men som i andre tilfeller snarere gir uttrykk for en mer forbigående følelse (Thoits 1999, 125). I tråd med Thoits anbefaling vil stress her vise til belastninger som er av betydning for psykisk helse. Tilsvarende vil stressor her forstås som omfattende krevende omveltninger og/eller kroniske belastninger. I enkelte sammenhenger vil jeg også benytte betegnelsen psykologisk stress

(psykological distress). Denne viser til en mer generell betegnelse på psykiske helseproblemer, som ikke nødvendigvis opptrer i form av depressive symptomer eller kvalifiserer til en bestemt diagnose (Menaghan 1990, 115).

1.5 Gangen i oppgaven

I kapittel 2 vil jeg først gjennomgå kjennetegn og årsaker til depressivitet mer spesifikt, deretter se nærmere på hvordan mestringsfølelse og ens sosiale relasjoner påvirker og påvirkes av depressivitet på ulike måter. Deretter vil jeg knytte forskjeller i depressivitet til ulike forklaringsmodeller for sosial ulikhet i helse (Elstad 2000).

I kapittel 3 vil jeg redegjøre for datamateriale, variabler og kvantitative redskaper. Deretter vil jeg drøfte aktuelle innvendinger mot den faglige og metodiske tilnærmingen til temaet.

I kapittel 4 vil sentrale kjennetegn ved utvalget gjennomgås innledningsvis. Derneft vil jeg undersøke hvorvidt effekten av utdanning på mestring og depressivitet er sterkere for kvinner enn for menn, samt hvordan sosial støtte, samvær og naborelasjoner er fordelt mellom kjønnene og utdanningsgruppene.

I kapittel 5 vil jeg kartlegge hvorvidt sammenhengen mellom mestringsfølelse og depressivitet er avhengig av sosiale ressurser.

I kapittel 6 vil resultatene av analysene drøftes i lys av teori og tidligere forskning. Avslutningsvis vil jeg oppsummere funnene i denne studien, hvordan disse kan fortolkes, samt diskusjonen rundt betydningen av slike undersøkelser.

2. Ulike perspektiver på mental helse

Her vil jeg først presisere hvordan det sosiologiske perspektivet på mental helse skiller seg fra andre disipliners forståelse av temaet. Videre vil jeg redegjøre for depressivitet, og hvordan mestring og sosial støtte kan fungere som beskyttelsesmekanismer. Deretter vil jeg se nærmere på ulike forklaringsmodeller for sosial ulikhet i helse.

2.1 Sosiologi og mental helse

Den sosiologiske tilnærmingen til mentale lidelser kjennetegnes av at den vektlegger betydningen av den sosiale konteksten rundt fenomenet, og hvordan variasjoner i psykisk helse kan knyttes til belastende aspekter ved omgivelsene. Skillet mellom psykologi og sosiologi har tradisjonelt handlet om at førstnevnte fagområde hovedsakelig tar sikte på å forklare individets atferd med utgangspunkt i aktørenes virkelighetsoppfatning, mens sosiologien fortrinnsvis fokuserer på hvordan kollektive handlingsmønstre kan forstås i lys av grunnleggende trekk ved samfunnet, som eksisterer uavhengig av den enkeltes oppfatning av dem (Siegrist 2004, 1465).

Videre kan man si at fagdisipliner som biologi og medisin fokuserer på hvordan individets psykiske helsetilstand sees i sammenheng med fysiske eller biologiske faktorer i kroppen eller hjernen. Ifølge Thoits står dette i motsetning til den sosiologiske vinklingen, som fokuserer på betydningen av faktorer som finner sted i de omgivelser og sosiale situasjoner personen befinner seg i; hvordan samfunnsstrukturen eller det sosiale miljøet kan medføre belastninger for individet som får konsekvenser for dets psykisk helsetilstand (Thoits 1999, 121-122). Av dette følger en interesse for hvordan ulike symptomer er fordelt i befolkningen, og hvilke sosiale faktorer som kan bidra til å forklare sosial ulikhet med hensyn til psykisk helse.

Som en motsats til denne avgrensningen står oppfatningen om at biologiske forhold også har et sosiologisk aspekt. Eksempelvis hevder Schwartz (2002) at biologiske faktorer stadig ekskluderes fra sosiologiske analyser, da disse betraktes som irrelevante for sosiologiske analyser. Videre argumenterer hun for at en slik eksklusjon er lite fruktbar, fordi sosiale

forhold har betydning for biologiske faktorer. I den forbindelse påpeker hun at sosiale strukturer influerer mental helse gjennom fordeling av materielle goder, forurensning og forsøpling, virus, bakterier og genetisk arv. Hun poengterer hvordan eksempelvis ernæring påvirkes av kulturelle normer, distribusjonsmuligheter, samt tilgang til naturressurser, produksjonsmidler etc. (Schwartz 2002, 227-8). Med andre ord understreker hun at mental helse har et biologisk aspekt. Hvordan sosiale forhold påvirker biologiske faktorer med betydning for mental helse synes dermed å ha sosiologisk relevans.

Det synes åpenbart som om kritikken har et viktig poeng; biologiske forhold som sådan bør neppe utelates fra sosiologiske perspektiver. For å belyse problemstillingen i denne oppgaven synes likevel psykologiske og sosiale faktorer som mer relevante forklaringsvariabler, skjønt betydningen av enkelte fysiske faktor vil diskuteres i tilknytning til Elstads presentasjon av den materielle/strukturelle forklaringsmodellen. Hvorvidt en annen problemstilling som i større grad tar høyde for andre samfunnsforhold ville gitt en mer fruktbar tilnærming til feltet, vil diskuteres nærmere i metodekapittelet. Genetisk arv er ikke kartlagt i spørreundersøkelsen som ligger til grunn for denne oppgaven. Dermed er det ikke mulig å kontrollere for slike faktorer i analysen.

2.2 Depressive symptomer

Depresjon er en lidelse som gjerne kjennetegnes av følelser som tristhet, engstelse og ensomhet. Den kan også gi utslag i dårlig selvtillit, manglende motivasjon og appetitt, m.m. (Blazer 1982, 24-27). Ifølge den psykososiale forklaringsmodellen for sosial ulikhet i helse kan depresjon og andre mentale lidelser følge av negative følelsesmessige reaksjoner som utløses av ens opplevelser og erfaringer (Elstad 2000, 71). For øvrig kan også mentalt friske individer få depressive symptomer av noe mer forbigående og kanskje mildere karakter. Tristhet, energimangel og humørløshet er følelsesmessige reaksjoner som ikke nødvendigvis impliserer svekket mental helse, med mindre sinnsstemningen vedvarer over tid. Depresjon som klinisk diagnose kjennetegnes av sterke symptomer, samt manglende motivasjon og interesse for omverdenen. Negativ selvoppfatning, følelse av å være verdiløs, og skyldfølelse er også tett forbundet med denne lidelsen (Seligman 1975,77).

Videre skiller Seligman mellom endogene og reaktive depresjoner. Reaktive depresjoner kan forstås som en psykisk reaksjon på ytre belastninger eller hendelser, som svært mange kan utvikle. Endogene depresjoner er derimot knyttet til genetisk sårbarhet, kjennetegnes ofte av sterkere symptomer, og behandles gjerne med medisiner (Seligman 1975, 78). Dette skillet nyanseres ytterligere av Blazer, som vektlegger betydningen av biologiske, psykologiske og sosiale årsaksfaktorer (Blazer 1982). Tendensen til å fortolke negative hendelser som en måte som svekker ens selvbylde og/eller skaper forventninger om negative konsekvenser for fremtiden, er eksempler på psykologiske reaksjoner som gjør en mer utsatt for depressive reaksjoner (Panzarella m.fl. 2006, 308).

Som nevnt i begrepsavklaringen i kapittel 1.4, kan en skille mellom studier med en diagnostisk tilnærming, og dem som snarere måler symptomer på lidelsen i befolkningen. I denne oppgaven måles depressive symptomer ved hjelp av respondentens selvrappotering. Svarene på ulike spørsmål summeres til en verdi på en skala som varierer mellom 0 og 50, der respondentens depressive symptomer øker i takt med stigende verdier. Fordelen med en slik tilnærming er at en oppnår mer nyansert informasjon om fordelingen av depressive symptomer i utvalget, enn en gjør ved å kategorisere respondentene som henholdsvis syke eller friske. Følgelig kan en forhåpentligvis også si noe om hvilke faktorer som har innflytelse på slike plager for ulike grupper.

2.2.1 Risikofaktorer og beskyttelsesmekanismer: Mestring og sosiale ressurser

I en fersk rapport fra Folkehelseinstituttet påpeker man at risikofaktorer og beskyttelsesmekanismer tilknyttet psykisk helse gjerne er to sider av samme sak. Mens manglende sosial støtte øker risikoen for psykiske problemer, vil god sosial støtte bidra til å forhindre slike plager. Tilsvarende utgjør også lav mestringsfølelse en risikofaktor, mens høy mestringsfølelse forebygger psykiske problemer (Folkehelseinstituttet 2007, 4).

Når det gjelder forholdet mellom psykisk helse og psykososiale faktorer, kan det likevel være vanskelig å avgjøre årsaksforholdet mellom disse (Nasjonalt Folkehelseinstitutt 06/2, 4-5). En kan tenke seg at negative sammenhenger mellom depressivitet og psykososiale ressurser oppstår som følge av at høy mestringsfølelse og sosial støtte reduserer psykiske plager. For øvrig er ikke den kausalretningene i disse korrelasjonene åpenbare. Selv om lav mestring

sannsynligvis kan bidra til depressivitet, kan en ikke utelukke at effekten også kan gå motsatt vei. Depressive symptomer kan oppleves som et hinder i forsøket på å forandre sin egen livssituasjon. Tilsvarende kan sosial støtte redusere depressive symptomer, men depressive reaksjoner kjennetegnes av sosial tilbaketrekning. Dermed er det vanskelig å vite hvilken årsaksretning som gjør seg gjeldende.

Mestringsfølelse og sosial støtte er eksempler på ressurser som kan beskytte individet mot depressivitet, idet de kan benyttes som redskaper i anstrengelsen for å håndtere stressorer av ulik art (Pearling & Schooler 1978, 5). Slike ressurser muliggjør ulike typer atferd som beskytter personer fra å ta psykisk skade av vanskelige sosiale erfaringer. For det første kan ressursene hjelpe individet til å endre på forhold som setter det i en vanskelig situasjon. For det andre kan individet trekke på slike ressurser i sitt arbeid med å fortolke situasjonen på en måte som gjør at den oppleves mindre problematisk, og/eller hjelpe individet til å bearbeide vanskelige følelser som utløses av problemene (Pearlin & Schooler 1978, 2).

Videre finner man hovedsakelig to ulike forklaringer på forbindelsen mellom slike ressurser og depresjon. Den første tilsier at slike beskyttende ressurser har en effekt på psykisk helsetilstand, uavhengig av omstendighetene for øvrig, og kalles derfor direkte effektmodellen (Broadhead 1983 i Penninx m.fl. 1998, 551). Alternativt er det mulig at psykososiale ressurser først og fremst beskytter helsen ved å redusere den negative effekten av ulike påkjenninger (Cobb 1976 i Penninx m.fl. 1998, 551).

2.3 Mestringsfølelse

Begrepet mestringsfølelse er tett knyttet til maktesløshet, som utgjør et aspekt av det en kaller fremmedgjøring. Fremmedgjøring kan forstås som mangel på personlig integritet eller kontakt med andre mennesker (Mirowsky & Ross 2003, 171). Maktesløshet viser til "the expectancy or probability held by the individual that his own behaviour cannot determine the occurrence of the outcomes, or reinforcements, he seeks" (Seeman 1959, 784). Maktesløshet betegner en subjektiv oppfatning, men denne kan ofte være påvirket av objektive maktforhold. Begrepet omfatter ikke hensyn til etiske aspekter ved situasjonen, eller hvorvidt individet opplever maktesløsheten som frustrerende eller ikke. Seeman knytter selv forventningen om egen maktesløshet til begrepsparet internal versus eksternal kontroll, som

jeg snart vil utdype betydningen av. Han fremhever likhetstrekkene mellom psykologiens læringsteori og sosiologiens begreper om fremmedgjøring. I Seemans terminologi viser maktesløshet fortrinnsvis til forventninger knyttet til ens innflytelse over økonomiske betingelser og politiske forhold (Seeman 1959, 784-5). Mestringsfølelse vil her forstås som en noe videre betegnelse, som dreier seg om individets oppfatning av innflytelse over egen livssituasjon mer generelt. For å belyse betegnelsen ytterligere, synes det relevant å trekke inn teorien om sosial læring (Rotter 1966).

2.3.1 Teorien om sosial læring

Begrepsparet internal og eksternal kontroll viser til en generalisert oppfatning om ens egen innflytelse på egen situasjon, som ligger til grunn for individets atferd. Tillit til betydningen av ens egen innsats og atferd kalles internal kontroll, mens eksternal kontroll viser til oppfatningen av at utfallet av situasjonene avhenger av ytre omstendigheter (Rotter 1966, 1). Her kan en trekke frem to ulike aspekter ved opplevelsen av kontroll. Den impliserer for det første forventninger om hvorvidt det overhodet er mulig å påvirke den aktuelle situasjonen eller utfallet av den i ønskelig retning, og for det andre oppfatninger om hvorvidt ens evner og kapasitet i så tilfelle er tilstrekkelige for slik påvirkning (Bandura 1977, 193). Høy mestringsfølelse kan således betraktes som uttrykk for en overbevisning om at en har mulighet og evne til å påvirke egen livssituasjon.

Ulikhet i kontrollfølelse kan forklares med individenes tidligere erfaringer. Tillit til egen påvirkningskraft befestes gjennom opplevelser der egen innsats påvirket situasjonens utfall, mens oppfatningen av egen maktesløshet forsterkes gjennom situasjoner der egen innsats har vist seg å være betydningsløs. Dette utgangspunktet medfører at variasjon i oppfatninger av egen innsats og evner kan spores tilbake til ulike erfaringer. Ulike sosiale erfaringer medfører med andre ord ulike forventninger, som igjen danner utgangspunktet for ens handlinger (Rotter 1966, 2). Med bakgrunn i disse slutningene synes det nærliggende å spørre seg om sosiale forskjeller i mestringsfølelse oppstår som resultat av systematiske forskjeller i erfaringsgrunnlag. I forlengelsen av dette spørsmålet kan en også undre seg over hva slike forskjeller eventuelt kan skyldes?

Videre konkluderer Rotter med at individer som er overbevist om at de kan påvirke sin egen situasjon i større grad søker relevant informasjon når det synes hensiktsmessig, samt forsøker

å forbedre sine miljømessige omgivelser og korrigere egne svakheter. Høy grad av internal kontroll har også sammenheng med motstand mot forsøk på påvirkning og manipulasjon (Rotter 1966, 25). Dersom disse betraktningene gjør seg gjeldende også i det norske utvalget, kan en forstå dette som at mestring samvarierer med andre egenskaper som trolig bidrar til å forbedre individets autonomi og situasjon.

2.3.2 Teorien om lært hjelpeløshet

Teorien om lært hjelpeløshet dreier seg om hvordan tidligere erfaringer danner grunnlaget for individets fremtidige handlings- og tankemønster. Individer som opplever gjentatte mislykkede forsøk på å påvirke sin situasjon vil etter hvert utvikle oppfatninger om at slike forsøk er forgjeves. Slike erfaringer medfører gjerne depressive reaksjoner. Av samme grunn vil individet også forholde seg passivt i situasjoner hvor aktive forsøk på å påvirke situasjonen ville fått gunstig utfall. Forskjeller i erfaringsgrunnlag kan dermed medføre forskjeller i tanke- og handlingsmønster (Seligman 1975, 46). Dersom sosiale grupper skiller seg fra hverandre med hensyn til erfaringer som berører deres egen påvirkningskraft, vil dette føre til sosial ulikhet i oppfatning om egen innvirkning på verden rundt seg.

For øvrig synes også begrepet hjelpeløshet å være særlig relevant for å forstå årsakene til depresjon i alderdommen. Opplevelsen av avmakt, som ligger til grunn for lært hjelpeløshet, ofte setter sterkere preg på alderdommen enn tidligere livsepoker. Ettersom aldringsprosessen ofte medfører helseplager og fysiske begrensninger, risikerer individet å bli tvunget til å ta imot hjelp og/eller tilpasse seg livet i en institusjon, selv om vedkommende ville foretrukket å klare seg selv eller bo under andre forhold (Blazer 1982, 271).

2.3.3 Sosial ulikhet i mestring

Mestringsfølelse kan knyttes til sosiale forhold både gjennom effekter og gjennom årsaker til variasjon. For det første kan følelsen av personlig kontroll styrke motivasjonen for å forholde seg aktivt til eget liv og aktuelle problemstillinger, samt utvikle egne evner og erfaringsgrunnlag gjennom utfordringer (Mirowsky & Ross 2007, 1339). Så har det da også vist seg at høy mestringsfølelse samvarierer med lavere grad av psykologisk stress (McFarlane, Norman m.fl. 1983, 169). I den grad mestringsfølelse anses som en ressurs som

får betydning for menneskers livsførsel og psykiske helse, synes fordelingen av denne ressursen å ha sosiologisk relevans. I den forbindelse er det interessant å merke seg at høy utdanning, lønn, inntekt, yrkesstatus, og grad av autonomi i arbeidet er faktorer som styrker følelsen av personlig kontroll. Tilsvarende vil vanskelige opplevelser redusere mestringsfølelsen (Mirowsky & Ross 2007, 1343). Eksempler på slike opplevelser kan være skilsmisse, sykdom, økonomiske problemer etc.

Sosiologisk sett er det særlig interessant at sosial bakgrunn synes å ha betydning for individets sosiale erfaringer, som videre får konsekvenser for deres opplevelse av personlig kontroll. Grupper med høy status opplever i større grad at egen innsats får gjennomslag i sosiale sammenhenger og gir resultater. Denne fordelingen av sosiale erfaringer får videre konsekvenser for mestringsfølelsen i de ulike gruppene. Ettersom lav mestringsfølelse også synes å ha sammenheng med depressivitet, kan mestringsfølelsen forstås som en faktor som medierer sammenhengen mellom sosial status og depressivitet (Turner, m.fl. 1999c, 666). Tidligere undersøkelser har også konkludert med at innspill og forslag i større grad får gjennomslag om det kommer fra menn, enn om det har kvinnelig opphav (Wahrman & Pugh, 1974, 146, Unger 1978 i Nolen-Hoeksema 1987, 273)³. Satt på spissen kan en altså si at grupper med høy status gjennom sine erfaringer stimuleres til å aktivt ivareta sine interesser, mens lavstatusgruppene erfaringsgrunnlag snarere gjør dem demotiverte og passive.

I den forbindelse kan en også trekke frem forholdet mellom utdanning og mestringsfølelse. Utdanning påvirker trolig mestringsfølelsen både ved å gi individet større tiltro til egne evner, og positiv erfaring med forsøk på påvirkning. Sistnevnte aspekt dreier seg om hvordan utdanning kan anses som en døråpner for stillinger i arbeidslivet som kjennetegnes av mer autonomi, høyere lønnsnivå og høyere sosial status, og dermed bedrer dermed vilkårene for individets innflytelse over omgivelsene (Slagsvold & Sørensen 2008, 30). Når det gjelder tiltro til egne evner, er det mulig at utdanning kan bidra til å utvikle evner og ressurser som øker individets evne til problemløsning også i privatlivet (Reynolds & Ross 1998, 223). Eksempelvis kan en tenke seg at trening i å oppsøke og gjøre bruk av kunnskap og

³ Selv om disse undersøkelsene ble gjennomført på 70-tallet, kan funnene være relevante for å forstå sammenhenger i dette materialet. Ettersom kvinnene i LAG-undersøkelsen er mellom 40 og 80 år, kan en ikke utelukke at manglende likestilling i tidligere tiår kan prege respondentenes erfaringsgrunnlag på en måte som påvirker deres vurderinger og reaksjonsmønstre også i dag.

informasjon og arbeide frem konkrete løsningsforslag i skolesammenheng, kan komme til nytte også når en møter vanskeligheter i den private sfæren.

I en tidligere studie basert på norLAG-dataene har man funnet at effekten av utdanning på mestringsfølelse delvis er mediert gjennom fysisk helse, ansettelsesstatus og erfaring med ledelse. I den forbindelse poengterer man for øvrig at utdanningseffekten også synes å være knyttet til det en kan kalle aktiv orientering (agentiv orientation), som forstås som et psykologisk resultat av utdanningsprosessen. Aktiv orientering kjennetegnes av aggressivitet, beslutningsdyktighet, samt evne til å forsvare egne interesser og gjennomføre planer. Den har en positiv effekt på mestringsfølelsen (Slagsvold & Sørensen, 32). I gruppen med høy utdanning fant man ingen kjønnsforskjeller i aktiv orientering (Slagsvold & Sørensen 2008, 39). Dette kan forstås som at effekten av utdanning på mestringsfølelse delvis er forbundet med utviklingen av bestemte egenskaper, samt tillit til egne evner.

I kontrast til disse funnene synes det relevant å trekke inn Bourdieus *resonnement* om hvordan utdanningsvesenet legitimerer og reproducerer sosial ulikhet, heller enn å bidra til sosial utjevning. Han påpeker hvordan holdninger og verdier som kjennetegner privilegerte grupper i samfunnet, også belønnes med gode resultater i skoleverket (Bourdieu 1996, 299). Dette impliserer individer med en privilegert bakgrunn oppnår bedre skolerresultater, og dermed legitimerer at disse individene i fremtiden inntar gunstige posisjoner i arbeidsmarkedet. Dette til tross for at deres skoleprestasjoner snarere avspeiler sosial bakgrunn og tilhørende verdisett, enn individets evner, utvikling og faglige kompetanse. I den grad elever fra underprivilegerte grupper nedvurderes i skoleverket, kan en spørre seg om dette kan resultere i lavere mestringsfølelse i disse gruppene.

2.3.4 Sammenhengen mellom mestringsfølelse og depressivitet

Det finnes ulike hypoteser for hvordan mestringsfølelse er knyttet til depressivitet. For det første har en funnet at mestringsnivå til en viss grad styrkes av positive erfaringer med hensyn til problemløsning. I den forbindelse poengterer man også at problemer ikke resulterer i høyere psykologisk stress dersom man klarer å løse dem (Thoits 1994, 153-154). Enkelte fremhever at høy mestringsfølelse styrker oppfatningen av at omstendigheter og hendelser er håndterlige og påvirkelige, hvilket gir en mer positiv opplevelse av situasjonen. Videre kan mestringsfølelse stimulere til handlekraft, tiltakslyst og utholdenhet når individet

møter utfordringer, noe som også kan bidra til et gunstig utfall av situasjonen (Turner m.fl.1999c, 647, Ross & Mirowsky 1989, 215). Dersom høy mestringfølelse reduserer depressive symptomer ved å bidra til en positiv opplevelse av omgivelsene og egen situasjon - uavhengig av omstendighetene - er dette i tråd med direkte-effekt-modellen. Forklaringen om at mestringfølelse først og fremst gjør individet i stand til å håndtere aktuelle vanskeligheter og problemer, kan knyttes til buffering-modellen, som hevder at mestringfølelse fortrinnsvis virker gjennom å redusere effekten av stressorer.

Mestringfølelse har dessuten vist seg å være positivt korrelert med tendensen til å møte vanskeligheter med forsøk på aktiv problemløsning, heller enn forsøksvis å ignorere problemene og håpe at de forsvinner. Man har også funnet at dette reaksjonsmønsteret forklarer deler av sammenhengen mellom mestringfølelse og depresjon (Ross & Mirowsky, 1989, 216). I den grad individer med høy mestringfølelse i større grad tenderer mot å angripe aktuelle problemer med forsøk på løsninger, kan en tenke seg at dette på sikt vil resultere i færre problemer i denne gruppen. Gruppen med mestringfølelse vil altså i større grad redusere eller eliminere potensielle slitasjemomenter som kan få konsekvenser for psykisk helsetilstand.

For øvrig synes det også relevant å poengtere at mestringfølelse står i et motsetningsforhold til den stressende opplevelsen av manglende mulighet til å håndtere de problemstillinger man til enhver tid står overfor. Mestringfølelse bidrar til aktiv problemløsning, hvilket bidrar til økt tiltro til betydningen av egne evner, samt opplevelsen av at situasjonen er under kontroll. Slik kan mestringfølelse redusere stresset knyttet til vanskelige situasjoner. For øvrig kan den motsatte dynamikken også forekomme: Belastninger og påkjenninger kan gå utover mestringfølelsen. Videre kan opplevelsen av at situasjonen er uhåndterlig, gjøre situasjonen ytterligere stressende (Krause 1999, 197).

I den grad mestringfølelse vokser ut av ens personlige erfaringer, kan variasjoner i denne ressursen forstås som en avspeiling av forskjeller med hensyn til evnen til å håndtere aktuelle utfordringer på en konstruktiv måte. Man kan tenke seg at gruppen med høy mestringfølelse i større grad vil finne løsninger på eventuelle problemer, som dermed i mindre grad vil medføre psykologisk stress i denne gruppen, sammenlignet med grupper med lavere mestringfølelse og lavere problemløsningsevne. Mestringfølelse er dermed knyttet til andre

personlige egenskaper som til en viss grad avgjør hvorvidt problemene en møter får konsekvenser for ens psykiske helse eller ikke (Turner m.fl.1999c, 647).

I tilknytning til denne oppgaven synes det for øvrig også nødvendig å understreke at teorien om lært hjelpeløshet til en viss grad impliserer et tilsvarende forhold mellom depressive symptomer og hjelpeløshet. Forholdet kan sies å være preget av det Skog kaller en resiprok sammenheng (Skog 2005,64). Dette innebærer at faktorene påvirker hverandre. Opplevelser av avmakt forsterker vonde følelser, og vonde følelser forsterker negative og passiviserende tankemønstre (Seligman 1975, 94). Med andre ord kan manglende mestringsfølelse og depressivitet utgjøre i en ond sirkel, der to negative elementer forsterker hverandre. Tilsvarende kan høy mestringsfølelse og psykisk velvære inngå i en god sirkel, der opplevelsen av kontroll over egen tilværelse styrker ens psykiske helse, og fraværet av depressivitet styrker ens opplevelse av mestring.

2.4 Sosiale ressurser

Her vil jeg først diskutere ulike definisjoner av sosial støtte, og hvordan sosial støtte er knyttet til depressivitet og mestringsfølelse. Underveis vil jeg trekke inn *attachment theory* og sammenligningsteori for å belyse hvilke faktorer som påvirker graden av sosial støtte. Som jeg vil komme tilbake til i avsnitt 2.4.2, velger jeg å fokusere på de kognitive aspektene ved sosial støtte, samt graden av samvær og kontakt med andre. Dermed synes bytteteori å være mindre aktuell som forklaringsmodell, da denne i hovedsak omhandler utveksling av tjenester og goder, hvilket i liten grad vil tematiseres her.

2.4.1 Sosial kontakt og sosial støtte

For å klargjøre forskjellen mellom sosial kontakt og sosial støtte, vil jeg nå skissere hvordan disse begrepene kan settes inn i et system av sosiale forhold på makro-, mezzo- og mikronivåer. Makronivået kjennetegnes av lover og offentlig politikk, normer og verdier, sosioøkonomiske faktorer som arbeidsmidler og fordeling av ressurser, urbanisering etc. Disse forholdene får konsekvenser for sosiale nettverk, som befinner seg på mezzonivå. Sosialt nettverk viser til trekk ved samfunnet eller grupper: størrelse og tetthet, som måler i hvilken grad medlemmene er knyttet til hverandre. Sentrale mål i den forbindelse er

hyppighet av samvær og andre typer kontakt, samt graden av gjensidighet i relasjonene. Sosiale nettverk danner muligheter for ulike psykososiale mekanismer på mikronivå. Blant disse finner man sosial støtte, sosial påvirkning, sosial deltakelse og personlig kontakt. Disse faktorene påvirker helse gjennom livsstilsfaktorer som røyking, kosthold, trening, psykologiske ressurser som selvtillit, coping ressurser, psykologisk stress, og fysiske forhold som immunsystem, fysisk form etc. (Berkmann & Glass 2000, 143). Her sees altså hyppighet av samvær og kontakt som aspekter ved sosiale nettverk på mezzonivå, som videre danner rammebetingelser for sosial støtte på mikronivå.

En har tidligere funnet at sosial deltakelse og kontakt med venner og familie styrker opplevelsen av sosial støtte (Pierce m.fl. 2000, 34). En kan argumentere for at denne sammenhengen skyldes at opplevelsen av sosial støtte i stor grad finner grobunn i den direkte kontakten med ens nærmeste. Direkte kontakt skaper mulighet for kommunikasjon som styrker opplevelsen av støtte (Pierce m.fl. 2000, 28). Også sosial kontakt tilknyttet arbeidslivet påvirker sosial støtte. Eksempelvis har man funnet at revmatiske lidelser er en belastning som reduserer nettverket av nære relasjoner. Her knyttes reduksjon i nettverk særlig til mangel på tilknytning i arbeidslivet. Arbeidslivet blir ansett som en viktig kilde til sosiale relasjoner idet yrkesaktive pasienter oppgir flere nære relasjoner enn pasienter med tilsvarende sykdomshistorie uten tilknytning til arbeidslivet. (Fyrand, Moum m.fl. 2000, 41).

Det er nyttig å være oppmerksom på distinksjonen mellom sosial kontakt og sosial støtte. Førstnevnte er et nøytralt begrep i den forstand at det ikke sier noe om kvaliteten på kommunikasjonen eller relasjonene som involveres. Betegnelsen sosial støtte viser derimot til positiv kontakt, preget av omtanke og hensyn (Turner 1999a, 200). Sosial kontakt medfører situasjoner som skaper potensial for kommunikasjon preget av disse positive kvalitetene, men en kan tenke seg at samvær også danner grunnlaget for kommunikasjon med motsatte fortegn. Med andre ord er det nødvendig å ta høyde for at ulike relasjoner har ulik karakter. Selv om visse typer tilknytning har en positiv effekt på helse og velvære, er det ikke dermed sagt at dette gjelder alle typer sosial kontakt. Det er eksempelvis funnet at effekten av sosiale relasjoner er avhengig av relasjonenes kvalitet; krevende relasjoner og destruktiv kommunikasjon kan med andre ord utgjøre slitasjefaktorer heller enn ressurser (Rook 1984). Sosial kontakt medfører potensial for positiv og støttende kommunikasjon, men også konflikter og slitasje.

Hyppig sosial kontakt kan også innebære ulemper som ikke skyldes uvilje eller konflikter. Rosenfield understreker at sosial kontakt i visse tilfeller kan innebære at andres behov går på bekostning av ens egne. Dersom individet identifiserer seg sterkt med andre, kan dette gå på akkord med dets evne til å ivareta seg selv. Et slikt handlingsmønster kan utløse negative følelser og depressive symptomer (Rosenfield 1999, 216). Denne slutningen har visse fellestrekk med mekanismen bak det altruistiske selvmordet som Durkheim beskriver, der overdreven sosial integrasjon medfører forhøyet selvmordsrate. Denne selvmordstypen kjennetegnes av at målet for handlingen ligger utenfor individet. Selvmordet gjennomføres av hensyn til den sosiale gruppen individet inngår i, for å unngå å påføre denne belastninger (Durkheim 2001, 107). I begge disse tilfellene lider individet under hensynet til andre mennesker.

Ifølge Durkheims *ressonnement* vil imidlertid også den motsatte ytterligheten medføre en høyere selvmordstilbøyelighet i samfunnet. Lav integrasjon kan i ytterste konsekvens føre til at individet føler seg overflødig, opplever tilværelsen som meningsløs, og/eller lider under skuffelser og uinnfridde ønsker som følge av at dets forventninger overstiger dets realistiske muligheter (Durkheim 2001, 110). Årsakene til disse selvmordstypene består altså av mekanismer som står i motsetningsforhold til overdreven integrasjon. Dermed synes det nærliggende å spørre seg om tilsvarende motsatte mekanismer også kan påvirke depresjon. Kan hensynet til andre bidra til at en kjenner seg betydningsfull, samt at ens gjøremål oppleves som meningsfulle? Kan det også tenkes at innsikt i andres hverdagsproblemer kan bidra til å senke forventningene til suksess i eget liv, slik at ens forestillinger samsvarer bedre med realistiske muligheter? I så tilfelle kan en ikke utelukke at sosial kontakt også innebærer andre aspekter som bidrar til trivsel og tilfredshet, utover sosial støtte.

2.4.2 Ulike typer sosial støtte

Sosial støtte er et omfattende og i mange tilfeller uklart begrep. I håp om å unngå tvetydigheter, vil jeg klargjøre dets innhold og begrensninger med utgangspunkt i tidligere forskning, fortrinnsvis Berkman & Glass' artikkel fra 2000.

Man kan skille mellom emosjonell, praktisk, evaluerende og informativ støtte. Den første kategoriserer opplevelsen av kjærlighet, forståelse og verdsettelse i ens relasjoner (Thoits 1995). Praktisk støtte er gjerne hjelp til assistanse med nødvendige ærender, gjøremål,

oppgaver etc. Evaluerende støtte dreier seg om å drøfte og vurdere aktuelle problemstillinger, for å sikre at beslutningsprosessen blir så hensiktsmessig som mulig. Informativ støtte handler om å trekke på egen informasjon, kunnskap og erfaringer for å veilede andre i situasjoner hvor disse ressursene kommer til nytte (Berkmann & Glass 2000, 145).

Sosial støtte har dessuten to ulike aspekter. Respondentens opplevelse av at andre verdsetter ham/henne, og vil hjelpe eller bidra på ulike måter dersom han/hun skulle få behov for det, kan kalles det kognitive aspektet. Hvorvidt respondenten faktisk har mottatt hjelp eller støtte fra andre i en viss tidsperiode, kan forstås som det atferdsmessige aspektet. Respondentens opplevelse av støtte kan avvike fra den støtten som faktisk er tilbudt vedkommende (Berkmann & Glass, 2000, 146). Det kognitive aspektet av sosial støtte kan altså forstås som forventningen om å finne støtte og forståelse i samtaler med andre, dersom en skulle få behov for det. (Ross & Mirowsky 1989, 208).

I tilknytning til denne problemstillingen velger jeg å benytte et mål på det kognitive aspektet ved sosial støtte. Grunnen er at alternativet – å ta utgangspunkt i det atferdsmessige aspektet ved sosial støtte – er nokså problematisk. Jeg ønsker å måle en eventuell negativ sammenheng mellom sosial støtte og depressivitet. Denne kan være et utslag av at depressivitet medfører sosial tilbaketrekning, og/eller at sosial støtte reduserer depressivitet. For øvrig kan en også tenke seg at det også eksisterer en positiv sammenheng mellom depressivitet og sosial støtte, som følge av at deprimerte individer gjerne trolig er mer hjelpetrengende, og derfor mottar mer støtte. I så tilfelle er det fare for at den negative sammenhengen som jeg ønsker å måle, annulleres av den positive sammenhengen.

Av den grunn vil jeg snarere ta utgangspunkt i en variabel som måler i hvilken grad personen føler seg verdsatt, at han/hun kan uttrykke seg i fortrolige samtaler og/eller kan regne med å få hjelp og støtte ved behov. Med dette utgangspunktet vil jeg måle sammenhengen mellom opplevelsen av fortrolige relasjoner og depressive symptomer. I tillegg vil jeg inkludere variabler som sier noe om hyppigheten av samvær og kontakt med andre mennesker.

2.4.3 Attachment theory

Attachment theory dreier seg om hvordan individers tilknytningsmønstre og sosiale ressurser kan sees i lys av sentrale relasjoner i barndommen og deres generelle oppvekstvilkår (Hinde

og Stevenson-Hinde 1993, 61). I sin artikkel *The Social Construction of Uncertainty* fremhever Marris (1993) de sosiologiske aspektene ved slik teori. Han poengterer at underprivilegerte posisjoner på arbeidsmarkedet gjerne må tilpasse seg varierende etterspørsel og beslutningstakers avgjørelser, på måter som medfører at arbeidstid, arbeidsmengde og inntektsgrunnlag gjerne blir svært uforutsigbare. Videre hevder han at denne uforutsigbarheten utgjør et slitasjemoment som går ut over arbeidstakernes humør og overskudd, hvilket i sin tur går ut over deres relasjoner til egne barn. I tillegg vil et uforutsigbart inntektsgrunnlag prege oppvekstvilkår i form av dårligere boforhold og varierende levegrunnlag. Dette kan summeres til at økonomiske og politiske forhold medfører at barn i underprivilegerte grupper i større grad opplever vanskelige oppvekstforhold og flere problemer i sine relasjoner. Utryggheten som barna utsettes for kan øke risikoen for tilknytningsvansker senere i livet (Marris 1993, 84-87).

I tilknytning til denne studien synes det nødvendig å påpeke at Norge har et velutviklet velferdssystem som har til hensikt å forebygge fattigdom og hindre utnytting av svakerestilte grupper. Likevel er det mye som tyder på at sosiale faktorer i oppveksten på sikt gir ulikhet i helse også i Norge (Sosial og Helsedirektoratet 2005, 68). På bakgrunn av *attachment theory* kan man slutte seg til at disse problemene i sin tur går utover relasjonene i disse utdanningsgruppene, og dermed formulere H4: Høyt utdannede gir uttrykk for mer sosial støtte enn lavt utdannede.

2.4.4 Sosial ulikhet i sosiale ressurser

Tidligere studier har funnet at eldre gjerne får redusert sitt nettverk som følge av dødsfall og sykdom i sin omgangskrets, og dermed blir mer avhengige av de som står igjen (Turner m.fl. 1999b, 377). Når det gjelder betydningen av sosioøkonomisk status for sosial støtte er funnene i tidligere forskning nokså inkonsistente (Stanfeld 2006, 163, Turner m.fl. 1999b, 377). Også når det gjelder sammenhengen mellom sosiale ressurser og depressivitet, har ulike undersøkelser resultert i forskjellige funn. Eksempelvis har en konkludert med at lav grad av sosial støtte gjør kvinner mer utsatt for depresjon (Brown & Harris, 1978). Andre har funnet at sosial støtte og mestringsfølelse er av større betydning for psykisk helse for kvinner i middelklassen enn for kvinner i arbeiderklassen eller overklassen (Turner & Noh 1983, 8).

Sosial støtte kan også påvirke mental helse ved å redusere risikoen for eksponering for stressorer, snarere enn å redusere de helsemessige konsekvensene av de hendelser som faktisk inntreffer (McFarlane, Norman m.fl. 1983, 169). Enkelte understreker også at kvinner gjerne opplever mer sosial støtte enn menn (Ross & Mirowsky 1989, 212, Sonnenberg m.fl. 2000, 290) eller at kjønnene opplever ulike typer støtte; menn opplever støtte i form av tilgang til praktisk hjelp og tjenester, mens kvinner opplever mer tilgang på fortrolighet og følelsesorientert støtte (Umberson et.al 1996, 851).

Denne betraktningen vil danne bakgrunn for min femte hypotese. Ettersom variabelen for sosial støtte i denne studien i stor grad er basert på graden av fortrolighet og nærhet, er det grunn til å vente seg at: H5: Kvinner opplever mer sosial støtte enn menn.

2.4.5 Sammenhengen mellom sosial støtte og depressivitet

Man finner ulike forklaringer på sammenhengen mellom sosial støtte og depresjon. Den første forklaringen kan kalles direkte-effekt modellen, idet den innebærer at sosial støtte bidrar direkte til å styrke helsen hos de berørte. Tilsvarende vil manglende støtte gi negative konsekvenser for helsetilstanden (Stansfeld 2006, 151). For å belyse denne sammenhengen ytterligere, kan en trekke inn Durkheims resonnement om hvordan manglende sosial integrasjon kan føre til høyere selvmordsrater. Ifølge Durkheim vil oppløsning av sosiale bånd og gruppetilhørighet gjerne medføre depresjoner. Uten sosial tilknytning vil individet oppleve sine aktiviteter som meningsløse (Durkheim 2001, 101). Tilsvarende vil manglende samfunnsmessig regulering medføre at individets forventninger til livet får urealistiske proporsjoner: "Virkeligheten synes verdiløs sammenlignet med de drømmene som blir skapt av individets overopphetede fantasi" (Durkheim 2001, 140). Sosial tilhørighet og regulering synes altså nødvendig for at mennesker skal kjenne seg nyttige, for at ens handlinger skal oppleves som meningsfulle, og for at ens forventninger ikke skal være konstant utenfor rekkevidde.

I motsetning til dette perspektivet kan en trekke frem forklaringer som snarere skisserer sammenhengen mellom sosial støtte og depressivitet som det en kan kalle en buffering-effekt. Ifølge dette perspektivet har ikke sosial støtte nødvendigvis en positiv innvirkning på helsetilstand. Helsegevinsten av sosial støtte dreier seg fortrinnsvis om hvordan den kan forhindre at uønskede belastninger og slitasjefaktorer får helsemessige konsekvenser (Stansfeld 2006, 151). Eksempelvis hevder enkelte at sosial støtte blant annet virker ved at

oppfølging og tilbakemeldinger bidrar til å styrke individets evne til å håndtere aktuelle utfordringer (Blazer 1982, 98). I forlengelsen av dette kan en tenke seg at sosial støtte kan redusere depressivitet ved å motivere til aktiv problemløsning, og derigjennom regulere hvilke belastninger individet utsettes for. Imidlertid har enkelte forskere funnet at sosial støtte *ikke* bidrar til at individet i større grad angriper aktuelle problemer aktivt, fremfor å håpe at de går over av seg selv (Ross & Mirowsky 1989, 213-16).

Videre har andre hevdet at sosial støtte påvirker mental helse ved at praktisk hjelp og/eller fortrolige samtaler kan hjelpe individet til å håndtere belastninger på en fruktbar måte (Stansfeld 2006, 152). Ved nærmere undersøkelse har en likevel funnet at å samtale om problemene snarere forsterker depressive symptomer enn å redusere dem. Dette resultatet ble fortolket til hen at ønsket om å prate med andre når en møter motgang kan være uttrykk for tendensen til å dvele ved problemer og vanskeligheter, hvilket kan forsterke depressivitet (Ross & Mirowsky 1989, 213-16).

I kontrast til denne konklusjonen, finner en også at konstruktive tilbakemeldinger kan bidra til å redusere depresjon som særlig er knyttet til visse kognitive sårbarheter. Disse sårbarhetene dreier seg om tendensen til å klandre seg selv for negative hendelser ved å fortolke dem som en følge av egen udugelighet, eventuelt også andre forhold av omfattende og varig karakter, som impliserer negative konsekvenser for fremtiden (Panzarella m.fl. 2006, 308). Med andre ord er sårbarheten knyttet til tendensen til negative karakteristikk av seg selv, samt forventningen om fremtidige nederlag. Undersøkelsen konkluderer med at en spesifikk type sosial støtte var særlig egnet for å redusere denne typen depresjon. Denne typen støtte kjennetegnes av at fortolkningen av negative hendelser unngår negative oppfatninger av individet eller forventninger om fremtidige negative konsekvenser. Snarere vektlegges betydningen av spesifikke faktorer som hverken er evigvarende eller altomfattende (Panzarella m.fl. 2006, 326). Dette funnet står i motsetning til konklusjonen om at samtale rundt problematiske hendelser eller opplevelser bidrar til å forsterke depressive symptomer. Dermed kan en spørre seg om det heller er kvalitative aspekter ved kommunikasjonen enn temaet i samtalen som har betydning for depressivitet. I så tilfelle kan en ikke utelukke at samtale der partene fokuserer på pessimistiske fremtidsutsikter, og/eller trekker frem egenskaper ved individet som årsaken til ulike problemer, kan bidra til å forsterke depressive symptomer.

Sosial støtte kan også fremme gunstige reaksjonsmåter i vanskelige situasjoner (Holahan & Moos 1987; Wolf m.fl. 1991). Fonagy (1996, 138) gjengir også forskning som tilsier at sosial deltakelse og opplevelsen av fellesskap styrker selvtilliten og mestringsfølelsen. I så tilfelle kan man si at man finner en indirekte effekt mellom sosial støtte og depressivitet, der coping-strategier utgjør en mellomliggende variabel. Dette kan forstås som at sosial støtte bidrar til å gjøre individet mer psykologisk robust til å tåle motgang, og på denne måten reduserer depressive tendenser.

For øvrig har andre tatt utgangspunkt i at sammenhengen mellom coping og sosial støtte gjerne er resiprok. Tendensen til å oppsøke sosialt fellesskap og hente støtte fra andre, kan også forstås som et trekk ved individets reaksjonsmønster, som gjør det enklere for de sosiale omgivelsene å tilby sin støtte (Dunkel-Schetter m.fl. 1992). I en annen forbindelse har man også funnet at individets mestringsfølelse på ett tidspunkt hadde betydning for sosial støtte et år senere (Holahan & Holahan 1987). Dermed ser man at forholdet mellom sosial støtte, coping-strategier og depressivitet er nokså kompleks. Gunstige reaksjonsmåter kan følge av sosial støtte, men sosial støtte kan til dels også betraktes som resultat av hensiktsmessige reaksjoner.

Den nære forbindelsen mellom disse aspektene gjør seg kanskje særlig gjeldende i tilfeller hvor det er opplevd støtte som måles. Individets subjektive oppfatning av hvorvidt vedkommende støttes og verdsettes av sine nærmeste, samsvarer ikke nødvendigvis med støtten vedkommende faktisk mottar (Ross, m.fl. 1999, 896). Det har forekommet at individets opplevelse av sosial støtte i større grad påvirkes av dets selvtillit og tendens til fortolkning av relasjoner enn av støtten som faktisk tilbys (Lakey & Cassady 1990, 342). Denne sammenhengen underbygger resonnementet om at sosial støtte også kan formes av ens psykologiske reaksjonsmåter.

Sosial støtte har altså betydning for depressivitet. I tillegg er det vesentlig å få frem at depressivitet også kan få konsekvenser for sosial støtte. Dette fordi depressive reaksjoner gjerne også kjennetegnes av liten grad av sosial deltakelse (Blazer 1982, 37). En kan tenke seg ulike årsaker til dette. Ettersom depressive symptomer går ut over både formen og humøret, vil dette gjerne gjøre sosiale sammenkomster krevende. For øvrig har en også funnet at andres støttende atferd også kan virke ytterligere stressende. Funnet fortolkes som utslag av at et individ som mottar mer støtte og hjelp enn det er i stand til å gjengjelde, kan få

dårlig samvittighet overfor sine støttespillere, eller føle seg som en belastning for dem. Tilbaketrekning fra sosiale relasjoner kan dermed forstås som et forsøk på å forhindre ubalanse i relasjonen som medfører at en står i gjeld til andre (Dunbar m.fl.1998, 541). Ettersom individer med høy forekomst av depressive symptomer gjerne har mindre overskudd til å gjengjelde sosial initiativ fra andre, kan det tenkes at disse også unngår sosial kontakt som de ikke har kapasitet til å følge opp i ettertid.

En annen mekanisme som kan gjøre seg gjeldende i forholdet mellom sosial støtte og depressivitet kommer fra sammenligningsteori. Denne tar utgangspunkt i at individer evaluerer egne holdninger og egenskaper ved å sammenligne seg med andre (Festinger 1954,138). I tilknytning til min problemstilling er det særlig relevant at denne prosessen tidligere er blitt knyttet til manglende sosial støtte hos kronisk syke. Dersom den kronisk syke sammenligner seg med sitt friske nettverk, kan dette medføre negative følelser og selvpoppfatninger. I en slik forbindelse kan sosial tilbaketrekning forstås som en forsvarsreaksjon som tar sikte på å beskytte individet mot sosial kontakt som kan gi slike opplevelser (Fyrand, 2003 20). Ettersom depressive reaksjoner gjerne kjennetegnes av lavt selvbilde, kan en ikke utelukke at lignende effekter gjør seg gjeldende også her. Dersom et individ med omfattende depressive symptomer sammenligner seg med andre uten slike plager, kan dette muligens oppleves som en belastning, og resultere i sosial tilbaketrekning.

2.4.6 Forholdet mellom mestring, sosiale ressurser og depressivitet

Ross & Mirowsky (2003) presenterer tre mulige hypoteser om forholdet mellom sosial støtte og mestring. Den første kalles *displacement hypothesis*, og impliserer at det eksisterer et motsetningsforhold mellom sosial støtte og mestringsfølelse; i den grad individer søker råd hos andre, bør dette forstås som utslag av manglende tillit til egen beslutningsevne. Ut fra denne hypotesen kan man forvente seg et negativt forhold mellom sosial støtte og mestringsfølelse. Den andre hypotesen, *facilitation hypothesis*, og tar tvert imot utgangspunkt i at støtte stimulerer individets beslutningsdyktighet og handlekraft, slik at summen av sosial støtte og mestringsfølelse får betydning for psykisk helsetilstand (Mirowsky & Ross 2003, 203). Ifølge det tredje perspektivet, *functional substitution hypothesis* kan både sosial støtte og mestringsfølelse forstås som ressurser som forebygger depresjon. Høy mestringsfølelse bidrar til gir selvtillit med hensyn til å takle eventuelle

problemer som måtte oppstå, mens sosial støtte gjør individet tryggere på sin verdi, uavhengig av omstendighetene. Begge ressursene gjør individet mer robust mot stressorer og psykiske belastninger. Betydningen av den ene av ressursene forsterkes når den andre er fraværende (Mirowsky & Ross 2003, 203-4). Som nevnt i innledningen, fant man her støtte for den sistnevnte hypotesen; mestringsfølelse og sosial støtte syntes å være substituerbare idet mestringsfølelse hadde størst betydning for depresjon hos personer med lav grad av sosial støtte, og effekten av sosial støtte på depresjon var sterkest hos personer med lav mestringsfølelse. Mindre privilegerte grupper var jevnt over kjennetegnet av lavere mestringsfølelse, og forskerne sluttet seg til at sosial støtte dermed var av større betydning for mental helse i denne gruppen, enn i mer privilegerte grupper (Mirowsky & Ross 2003, 204).

I lys av denne konklusjonen vil jeg undersøke om sammenhengen mellom mestringsfølelse og depressive symptomer er sterkest i grupper med lav grad av sosial støtte også i det norske datamaterialet. I den anledning vil jeg undersøke om også de sosiale ressursene samvær og naborelasjoner inngår i tilsvarende sammenhenger med depressive symptomer og mestringsfølelse. Disse forventningene kan summeres til H6: Depressivitet er sterkest korrelert med mestringsfølelse i grupper med lav grad av sosiale ressurser i form av henholdsvis sosial støtte, samvær og naborelasjoner.

2.5 Sosial ulikhet i helse

Jeg vil nå gjennomgå hvordan forholdet mellom sosial ulikhet og helseforskjeller problematiseres innenfor ulike teoretiske perspektiver. Først vil jeg kort gjennomgå ulike perspektiver på sammenhengen mellom utdanning og helse. Deretter vil jeg hovedsakelig ta utgangspunkt i Elstads (2000) presentasjon av ulike forklaringsmodeller for sosial ulikhet i helse, med særlig vekt på den materialistiske/strukturalistiske forklaringsmodellen og den psykososiale forklaringsmodellen. Disse har klare likhetstrekk med det Thoits (1999) kaller *structural strain theory* og stressteori, som også vil trekkes frem. Et strukturalistisk perspektiv synes relevant for å belyse hvordan symptomene fordeler seg i populasjonen og hvorfor forskjeller mellom gruppene oppstår. Teori om stress synes relevant for å se nærmere på sammenhengen mellom sosiale risikofaktorer og psykologiske konsekvenser; hvorfor uprivilegert sosial status gir seg utslag i mentale helseproblemer.

For øvrig vektlegger Thoits også betydningen av stemplingsteori, som dreier seg om hvordan ulike symptomer kan bli møtt med bestemte reaksjoner fra omgivelsene, som kan påvirke individets selvoppfatning og identitet. (Thoits 1999, 138). Denne teorien vil ikke benyttes her. Årsaken er at jeg undersøker variasjoner i depressive plager heller enn forskjeller mellom grupper med og uten kliniske diagnoser. Datamaterialet gir heller ingen informasjon om den sosiale interaksjonen mellom informantene og helsevesenet. Disse forholdene gjør det vanskelig å benytte stemplingsteori for å belyse problemstillingen. Derimot vil jeg i korte trekk også skissere forklaringer som legger vekt på artefakteffekter (Elstad 2000)⁴. Underveis i gjennomgangen vil jeg knytte forklaringsmodellene til deres implikasjoner for sammenhengen mellom kjønn og helse. I den anledning vil jeg også effekten av utdanning trekkes inn der det synes relevant. Avslutningsvis vil tradisjonelle tilnærminger vil problematiseres med utgangspunkt i Schwartz (2002).

2.5.1 Utdanning og psykisk helse

Sammenhengen mellom utdanning og psykisk helse i Norge har vist seg å ha et trappetrinnmønster, der hver utdanningsgruppe kjennetegnes av bedre helse dess høyere utdanningsnivå den har (Folkehelseinstituttet 2007, 23). Imidlertid kan det være ulike årsaker til et slikt mønster. Utdanning kan eksempelvis påvirke arbeidsforhold, arbeidsoppgaver, sosial status og inntektsnivå senere i livet, og slik skåne individet for ulike slitasjemomenter tilknyttet disse faktorene (Helsedirektoratet 2008, 51-52). Manglende utdanning gir også en mer sårbar posisjon i arbeidsmarkedet, hvilket kan medføre påkjenninger som øker risikoen for psykiske problemer (Folkehelseinstituttet 2006, 4-5).

Liberal klasseteori hevder at utdanningsmuligheter bidrar til utjevning av sosiale forskjeller. Dette følger av at utdanningsinstitusjoner belønner god innsats, gode evner og gode resultater, mens opphav er irrelevant for hvilke resultater man oppnår, og dermed også

⁴ I Elstads oversikt utgjør også livsstilsforklaringer og sosial mobilitet ulike forklaringsmodeller, men disse vil i liten grad tematiseres her. Betydningen av livsstilsfaktorer vil være for omfattende til å inkluderes i analysene. Tverrsnittsdata er heller ikke egnet til å fastslå den kausale sammenhengen mellom depressive symptomer og sosial mobilitet.

hvilke posisjoner man oppnår i arbeidsmarkedet (Goldthorpe 2000, 162). Denne forståelsen har enkelte likhetstrekk med det en kan kalle *human capital theory*. Her argumenterer man for at sammenhengen mellom utdanning og helse oppstår som følge av at utdanning bidrar til å utvikle studentenes evner, verdier og idealer. Denne utviklingen bidrar i sin tur til helsefremmende livsførsel og bedre kapasitet til å håndtere vanskeligheter i hverdagen (Becker 1993, 15). Helsegevinsten oppstår som følge av at utdanning bidrar til å utvikle psykologiske ressurser som får betydning for individets helse (Reynolds & Ross 1998, 223). Mer konkret kan utdanning bidra til å utvikle helsefremmende evner og egenskaper, eksempelvis evnen til å søke og benytte relevant kunnskap, ha en analytisk tilnærming, og annet som kan bidra til å løse aktuelle problemer på en fruktbar måte (Helsedirektoratet 2008, 51-2). Felles for *liberal class theory* og *human capital theory*, er en antakelse om at utdanning bidrar til å utvikle evner og kompetanse hos elever og studenter. Videre gir utdanningsvesenet individet tilgang til privilegerte posisjoner i arbeidsmarkedet, uavhengig av hvilken bakgrunn vedkommende har.

I den grad utdanningens helsefremmende effekt skyldes endringer i den enkeltes forståelse og innstilling, kan en muligens forstå dette som en prosess som står i direkte motsetning til lært hjelpeløshet. Lært hjelpeløshet innebærer som nevnt at tidligere opplevd maktesløshet forhindrer personen fra å handle også i situasjoner hvor en har innflytelse. I den grad utdanning gjør individet i stand til å mobilisere egne evner og ressurser, kan dette bidra til at personen overvinner tidligere passivitet, griper muligheter når de byr seg og/eller opplever større innflytelse over egen tilværelse.

I motsetning til denne forståelsen finner en perspektiver som snarere vektlegger hvordan sosial bakgrunn og oppvekstvilkår både kan påvirke senere helsetilstand og individets prestasjoner og ambisjoner i utdanningsvesenet. Dermed forstås ikke helseforskjeller som effekt av utdanning som sådan. Snarere betraktes utdanning som en effekt av privilegerte sosioøkonomiske forhold som også bidrar til god helse senere i livet (Reynolds & Ross 1998, 224). Dermed kan også sammenhengen mellom utdanning og helse oppstå som følge av at bakenforliggende forhold påvirker begge faktorene (Helsedirektoratet 2008, 52).

Som nevnt innledningsvis har en også funnet at utdanning reduserer depressive symptomer, og et effekten er sterkere for kvinner enn for menn. Dette ble blant annet forstått som utslag av at utdanning styrker mestringsfølelsen likt for begge kjønn, men at høyere

mestringsfølelse har større betydning for depressivitet blant kvinner enn blant menn (Ross & Mirowsky 2006, 1409). Jeg ønsker å undersøke om lignende sammenhenger gjør seg gjeldende i det norske utvalget ved å undersøke hvorvidt utdanning har en sterkere effekt på depressivitet hos kvinner enn blant menn. I den anledning vil jeg likevel også undersøke hvorvidt effekten av utdanning på mestringsfølelsen er lik for begge kjønn. Som jeg senere vil komme inn på har jeg dessverre ingen mulighet til å undersøke kausaliteten i sammenhengen mellom mestringsfølelse og depressivitet, men forholdet mellom disse vil belyses så langt det lar seg gjøre. Dermed danner funnet hos Ross & Mirowsky utgangspunkt for følgende hypoteser: H1: Den positive effekten av utdanning på mestring er lik for begge kjønn; og H2: Den negative effekten av utdanning på depressivitet er sterkere blant kvinner enn blant menn. H3: Den negative sammenhengen mellom mestringsfølelse og depressivitet er sterkere blant kvinner enn blant menn.

2.5.2 Strukturalistiske forklaringsmodeller

Det Elstad betegner som den materialistiske/strukturalistiske forklaringsmodellen for sosial ulikhet i helse, tar særlig utgangspunkt i at samfunnsstrukturer medfører at ulike sosiale grupper eksponeres for ulike omgivelser og fysiske belastninger. Dette medfører økt risiko for helseplager i underprivilegerte grupper. Videre forstås forskjeller i helserelatert atferd som utslag av at de forutsetninger og belastninger individene lever under påvirker deres handlingsmønstre. Grupper med gunstige livsvilkår vil ha bedre forutsetninger for å utvikle helsefremmende atferd (Elstad 2000, 44).

En slik forståelse av helseforskjeller har mye til felles med det Thoits (1999) betegner som *structural strain theory*. Felles for disse er at årsakene til psykologisk stress og mentale lidelser tilskrives den bredere organiseringen av samfunnet, og hvordan noen grupper er langt mer privilegerte enn andre: "Many stressful experiences [...] don't spring out of a vacuum but typically can be traced back to surrounding social structures and people's locations within them. The most encompassing of these structures are the various systems of stratification that cut across societies, such as those based on social and economic class, race and ethnicity, gender, and age" (Pearlin, L.I. 1989, 242). Structural strain teori tar med andre ord utgangspunkt i at mentale helseproblemer kan knyttes til sosial ulikhet med hensyn

til fordeling av ressurser og belastninger: Som eksempler på denne teoretiske retningen vil jeg trekke frem bidrag fra Merton (1938) og Durkheim (2001).

Mertons anomibegrep og Durkheims studie av selvmord

Mertons anomibegrep søker ikke bare å forklare mentale lidelser, men også ulike typer avvikende atferd. Han trekker frem hvordan kulturelt anerkjente mål i samfunnet gjerne belønnes med prestisje og privilegier. Videre poengterer han at kulturelle verdier eksisterer uavhengig av tilgangen til disse målene. Manglende samsvar mellom idealer og faktiske muligheter for suksess kan resultere i avvikende atferd fra grupper som opplever å ikke ha tilgang til de legitime midlene til å oppnå disse målene. Han poengterer at økonomisk velstand og høy yrkesstatus kan betraktes som amerikanske idealer, men at enkelte grupper i stor grad er avskåret fra å oppnå slik suksess: ”The cultural demands made on persons in this situation are incompatible. On the one hand, they are asked to orient their conduct toward the prospect of accumulating wealth and on the other, they are largely denied effective opportunities to do so institutionally” (Merton 1938, 679).

Videre hevder Merton at personer som berøres av denne problemstillingen gjerne reagerer på ulike måter, eksempelvis med kriminell atferd eller psykiske lidelser. Avvikende atferd – inkludert mentale problemer – forstås som en reaksjon på at et samfunnsmessig misforhold mellom idealer og faktiske muligheter medfører et forventningspress individet ikke makter å leve opp til (Merton 1938, 678-9). Dermed ser man at mental helse knyttes til generell ressursfordeling i samfunnet, idet mentale problemer forstås som en reaksjon på manglende ressurstilgang som resulterer i at individets innsats i liten grad belønnes med anerkjennelse og status.

Et annet, beslektet teoretisk bidrag finner man i Durkheims studie av selvmord. Durkheim vektlegger ikke først og fremst betydningen av sosioøkonomiske forhold, men viser hvordan selvmordsratene i de ulike land i stor grad påvirkes av den sosiale integrasjonen i området. Denne dreier seg særlig om to aspekter: tilknytning og regulering (Durkheim 2001, 142). Tilknytning dreier seg i stor grad om å inngå i sosiale fellesskap, det være seg religiøse, politiske eller familiære (Durkheim 2001, 96). Regulering dreier seg om hvordan eksempelvis myndigheter eller samfunnsforhold legger begrensninger på individets forventninger, slik at det har muligheten til å få innfridd sine ønsker (Durkheim 2001, 132).

Durkheim poengterer at både for svak integrasjon og for sterk integrasjon kan gi seg utslag i forhøyede selvmordsrater (2001,103).

Felles for den materialistiske/strukturelle forklaringsmodellen og *structural strain theory*, er et fremtredende fokus på hvordan sosioøkonomiske forhold medfører ulikhet med hensyn til eksponering for ulike helsemessige risikofaktorer. I den grad en bør trekke frem forskjeller mellom perspektivene, kan det være et poeng å understreke at den materialistiske forklaringsmodellen i særlig grad vektlegger betydningen av fysiske forhold, mens Mertons og Durkheim betegner forhold som kan sies å være noe mer abstrakte. I den forbindelse synes det også nærliggende å trekke en parallell til de sosiologiske aspektene ved *attachment theory*. Her vektlegger man hvordan organiseringen av samfunnet medfører at enkelte samfunnsgrupper utsettes for ugunstige og uforutsigbare arbeidsforhold, hvilket utgjør en belastning på arbeidstakerne. Denne slitasjen påvirker i sin tur voksenpersoners relasjoner til barna, samt de økonomiske og fysiske rammene rundt oppvekstforholdene i denne gruppen (Marris 1993, 84-87). I likhet med den materialistiske/strukturelle forklaringsmodellen og *structural strain theory*, vektlegger *attachment theory* hvordan strukturer i samfunnet medfører en overeksponering for helsemessige risikofaktorer i enkelte grupper. Som jeg siden vil komme tilbake til, har det strukturalistiske aspektet ved denne forklaringsmodellen mye til felles med enkelte bidrag innenfor den psykososiale modellen.

Her kan vi også trekke inn helseforskjeller mellom kjønn. Kjønnsforskjeller i depresjon kan skyldes forskjeller i alder, enkestatus og utdanningsnivå (Minicuci, Maggi m.fl. 2002, M156, Sonnenberg m.fl. 2000, 290), og at kvinner i større grad er utsatt for stressfaktorer tilknyttet økonomiske spørsmål, arbeid, ekteskap, foreldre, etc. (Turner m.fl. 1999, 386, Alvarado, Zunzunegui m.fl. 2007, 234). Slike forklaringer har klare fellestrekk med den strukturalistiske forklaringsmodellen, idet man vektlegger betydningen av hvordan enkelte grupper – i dette tilfellet kvinner – opplever flere helseproblemer som følge av en samlet sett mer belastende livssituasjon enn mer privilegerte grupper. Strukturalistiske forklaringsmodeller kan også knyttes til sammenhengen mellom utdanning og helse i Norge. Dersom lavere utdanningsgrupper utsettes for mer belastende arbeidsforhold, kan sosial ulikhet i helse forstås som resultat av at underprivilegerte samfunnsgrupper i større grad eksponeres for helseskadelige risikofaktorer.

2.5.3 Den psykososiale forklaringsmodellen

Den psykososiale forklaringsmodellen fokuserer på hvordan sosiale strukturer medfører ulik fordeling av psykiske og sosiale ressurser og belastninger, hvilket i sin tur medfører helseforskjeller mellom gruppene (Elstad 2000, 74). I den grad sosial ulikhet i helse oppstår som følge av livsstilsforskjeller, sees denne atferden i lys av strukturelle forhold.

Selvdestruktiv og risikofylt atferd forstås som reaksjoner på belastninger, negative opplevelser og stressorer som særlig rammer de mindre privilegerte gruppene i samfunnet. Dette perspektivet impliserer dermed et fokus på hvordan ulike samfunnsforhold bidrar til at mindre privilegerte grupper i større grad utsettes for ulike erfaringer, belastninger og problemer, samt de vanskelige følelsene som følger i kjølvannet av disse (Elstad 2000, 69-70).

Den psykososiale forklaringsmodellen er i stor grad sammenfallende med det Thoits (1999) betegner som stressteori. Denne dreier seg om hvordan vedvarende eller akutte påkjenninger kan få helsemessige konsekvenser, men også hvordan ulike beskyttelsesmekanismer kan bidra til å ivareta individet i en vanskelig situasjon (Thoits 1999, 121). Begrepene ”stressor” og ”stress” ble først brukt i tilknytning til dyreforsøk, som betegnelse på miljømessige påkjenninger og tilhørende reaksjoner, som blant annet medførte høyere risiko for sykdomsutvikling (Selye 1956, i Thoits 1999, 122). På bakgrunn av disse sammenhengene har man undersøkt effekten av opprivende hendelser og vedvarende slitasjefaktorer på menneskelig helse og kommet frem til at disse er korrelert med en rekke sykdommer og plager, deriblant angst, depresjon, schizofreni og generelle psykiske problemer. Summen av ulike sosiale stressorer kan resultere i svekket fysisk og psykisk helse (Cohen 1996, 86-87, Krause 1999, 196).

Videre har studier konkludert med at vedvarende slitasjefaktorer, «chronic strains», nesten er like betydningsfulle for depresjon som alvorlige, opprivende hendelser. Aktuelle slitasjefaktorer kunne være knyttet til overbefolkede boforhold, vedvarende høyt konfliktnivå i hjemmet, økonomiske problemer, etc. Kort oppsummert fant Brown & Harris at omfattende negative hendelser og vedvarende belastninger medfører høy risiko for depresjon (Brown & Harris 1978, 279). I ettertid har en også funnet at slike påkjenninger har betydning for andre psykiske helseplager (Anehsenel 1992).

Fordelingen av ressurser og belastninger

Det psykososiale perspektivet vektlegger hvordan belastninger og problemer er fordelt mellom ulike sosiale grupper. En tilnærming innenfor den psykososiale forklaringsmodellen fokuserer fortrinnsvis på fordelingen av belastende erfaringer og problemer. Her hevder man at underprivilegerte grupper jevnt over møter flere problemer enn grupper med høyere status. I den anledning kan man skille mellom to ulike typer påkjenninger; omfattende hendelser og kroniske stressorer. Omfattende hendelser viser til vonde opplevelser og tap som berører sentrale livsområder. Dødsfall i nærmeste omgangskrets, uønsket graviditet eller arbeidsledighet kan være eksempler på slike hendelser. Kroniske stressorer viser snarere til belastninger som vedvarer over tid. Fattigdom, krevende arbeidsforhold, konflikter og bekymringer knyttet til nære relasjoner er aktuelle eksempler (Elstad 2000, 76).

Tilnærmingen som fokuserer på fordelingen av belastninger, hevder at lavstatusgrupper møter flere problemer i hverdagen og oftere opplever omfattende hendelser enn grupper med høyere status. Av den grunn er respondenter i lavstatusgrupper mer preget av stressreaksjoner, som videre fører til flere helseproblemer i disse gruppene (Elstad 2000, 75-76). Denne tilnærmingen har utvilsomt fellestrekk med den strukturalistiske forklaringsmodellen, ved at den anser sosial ulikhet i helse som utslag av sosialt betinget eksponering for ulike faktorer som får helsemessige konsekvenser. I den grad modellene skiller seg fra hverandre, synes dette å være knyttet til ulik oppfatning av hvilke faktorer som er av betydning for helsen, der materielle forhold vektlegges i den første modellen, og stressfaktorer vektlegges i den psykososiale modellen.

Sårbarhetshypotesen

Det er verdt å merke seg at andre stiller spørsmålsteget ved om fordelingen av ressurser som bidrar til konstruktiv håndtering av ulike stressorer, er av større betydning enn fordelingen av belastningene. Forklaringen som kalles sårbarhetshypotesen vektlegger hvordan underprivilegerte grupper mangler psykologiske og sosiale ressurser som bidrar til å håndtere problemer på en konstruktiv måte. Mestringsfølelse og sosial støtte er som nevnt eksempler på slike ressurser (Anehensel 1992, 23).

I den forbindelse kan en trekke inn kjønnsforskjellen i depressivitet, og forklaringer som innebærer at kvinner i større grad har depressive symptomer uten at dette skyldes ufordelaktige posisjoner i den sosiale strukturen. Eksempelvis hevder enkelte at

kjønnsforskjeller i mental helse kan skyldes at kvinner og menn reagerer forskjellig på vanskelige situasjoner; kvinner vier vanskelige følelser og problematiske opplevelser stor oppmerksomhet, hvilket kan være mindre gunstig enn å oppsøke avkobling, slik menn i større grad tenderer mot å gjøre (Nolen-Hoeksema 1995). Ulike reaksjonsmønstre kan altså forklare hvorfor kvinner er mer utsatt for depressive plager enn menn.

I den anledning synes det likevel nødvendig å presisere at forskjeller i reaksjonsmåter kan skyldes forskjeller i tidligere erfaringer (Seligman 1975, Rotter 1966, 2). Dersom kjønnsforskjeller i mental helse snarere skyldes ulike psykologiske reaksjoner heller enn sosial ulikhet i belastninger, kan en likevel ikke utelukke sosiale forhold som årsaksfaktorer. Ettersom reaksjonsmønster formes av ytre betingelser er det mulig at sosiale faktorer gjør seg gjeldende gjennom kjønns spesifikk sosialisering til ulike reaksjonsmåter, blant annet gjennom kulturelle forventninger til kjønnene.

Kumulative effekter

Med tanke på fordelingen av belastninger og ressurser i samfunnet, synes det vesentlig å trekke inn det en kan kalle kumulative effekter. Sosial akkumulasjon viser til prosessen der ens sosiale bakgrunn virker inn på ens barndom og oppvekst, hvordan faktorer i denne perioden påvirker ungdomstiden, som i sin tur er medbestemmende for ens senere livssituasjon. Ens sosioøkonomiske status i voksenlivet påvirkes gjerne av sosiale, økonomiske og andre faktorer i barndom og oppvekst. Med andre ord kan en vanskelig plukke ut en enkeltfaktor som avgjørende for individets helse, da summen av tilsynelatende ubetydelige faktorer kan påvirke livssituasjon og livsførsel på måter som resulterer i bestemte helseeffekter (Blane 2006, 56).

I den forbindelse er det verdt å merke seg at sosiale faktorer kan resultere i svekket psykisk helse (Blazer 1982, 99, Krause 1999, 188). Belastninger og påkjenninger kan resultere i lav mestringsfølelse og depresjon. Brown og Harris belyser sosial ulikhet i depresjon ved å vise til at en del belastninger er ulikt fordelt i befolkningen. Eksempelvis har kvinner med lav sosioøkonomisk status høyere risiko for å oppleve vanskeligheter knyttet til bosted, økonomi og ekteskap enn andre grupper (Brown & Harris 1978, 279). Med andre ord kan en snakke om en akkumulert ufordelaktighet, i den forstand at lav sosioøkonomisk status kan

predisponere aktøren for senere stressfaktorer og ressursbegrensninger. Disse kan i sin tur undergrave mestringsfølelsen og/eller medføre depressive reaksjoner.

Sammenhengen mellom sosiale faktorer og mental helse i alderdommen bør altså ses i lys av tilsvarende sammenhenger i tidligere leveår (Krause 1999, 189). Vanskelige oppvekstvilkår kan medføre lavere mestringsfølelse, problemer med følelsesmessig tilknytning, samt lavere utdanningsmessig prestasjonsnivå (Krause 1999, 196). Her kan man trekke en parallell til sammenhengen mellom utdanning og helse i Norge. En kan ikke utelukke at både utdanningsnivå og helsetilstand påvirkes av bakenforliggende faktorer, eksempelvis oppvekstvilkår og sosial bakgrunn (Helsedirektoratet 2008, 51-2).

Man ser at tilgangen til en ressurs, eksempelvis trygge oppvekstvilkår, kan påvirke utdanningsnivå, som igjen har betydning for senere tilgang til andre ressurser, som inntekt og sosial anseelse. Også her knyttes altså utdanningsnivå til individets sosiale bakgrunn, men forstås ikke utelukkende som en symbolsk markør for overleveringen av privilegier fra en generasjon til en annen. Tvert imot inngår utdanning i et komplekst samspill med andre variabler, og må dermed fortolkes i lys av andre disse. Fordelen med en slik forståelse er at den fanger inn mekanismene fra flere ulike forklaringsmodeller. Den tar høyde for at utdanningens effekter kan være utslag av seleksjon, men understreker at den også kan virke gjennom å bidra til økt mestringsfølelse, bedre nettverk og tilgang til sosiale goder.

I tillegg kan utdanning gi tilgang til sosiale goder tilknyttet arbeidslivet, ettersom høy utdanning også er en døråpner til privilegerte stillinger (Reynolds & Ross 1998, 224).

Dermed kan en tenke seg at utdanningen nærmest gir en dobbel helsegevinst. Utdanning kan gjøre aktøren mer ressurssterk, og øke dennes problemløsnings- og arbeidsevne, hvilket vil gjøre en mer kapabel til å håndtere utfordringer i dagliglivet. I tillegg kan utdanninge åpner mulighetene for privilegerte ansettelsesforhold, som i form av høyere inntekt, mer variasjon og autonomi i arbeidet, sosial anseelse, etc., kan bidra ytterligere til høyere trivsel og dermed forebygge depresjon.

Forbindelsen mellom helse og fordelingen av ressurser og stress knyttes mer direkte til fordelingen av depresjon og depressive symptomer i en undersøkelse fra Toronto, Canada. Her finner man at personlige og sosiale ressurser er ulikt fordelt i befolkningen, samt at de mest ressurssterke gruppene i mindre grad utsettes for belastninger og påkjenninger enn

grupper med mindre ressurser gjør (Turner m.fl 1999b, 391). Med andre ord ser man at belastningene særlig rammer dem som er mest sårbare for effekten av disse.

Kjønn og sårbarhet

Kjønnsforskjellen i depressivitet har også vært knyttet til ulike reaksjonsmønstre i tilknytning til stress. Eksempelvis har en fremhevet hvordan kvinner i større grad fokuserer på sine følelser, eller diskuterer problemene med andre, mens menn oftere oppsøker avledning og opplevelser som får dem i bedre humør (Nolen-Hoeksema 1995, 340). Andre har funnet at kvinner oftere prater med andre om problemene de møter, og at slik samtale er positivt korrelert med depressive plager. Sammenhengen ble blant annet fortolket som at slike samtaler kan avspeile en tendens til å vie problemene og negative følelser mye oppmerksomhet, hvilket kan forsterke reaksjonen (Mirowsky & Ross 1989, 216).

Tilsvarende har atter en annen undersøkelse konkludert med at individer som snarere grubler over problemer og dveler ved vonde følelser, heller enn å handle aktivt, kjennetegnes av mer psykologisk stress. Dette kan skyldes at stresset forverres når problemet vies mer oppmerksomhet. For øvrig kan sammenhengen også gi uttrykk for at individer gjerne grubler og dveler ved problemene nettopp når en ikke makter å løse dem. Problemer som synes uløselige medfører høyere grad av stress (Mattlin m.fl. 1990, 117)

Forholdet mellom sosiale og psykologiske faktorer kan også belyses nærmere ved å trekke inn Rosenfields resonnement rundt kjønnsforskjellen, hvor både aspekter ved kjønns spesifikke posisjoner og reaksjonsmåter trekkes frem: Hun poengterer at typiske kvinneyrker gjerne kjennetegnes av lavt lønnsnivå og oppgaver med få muligheter for selvbestemmelse. Videre hevder hun at slik arbeidsdeling resulterer i lavere mestringsfølelse som er av betydning for psykisk helsetilstand (Rosenfield 1999, 214).

Disse tendensene forsterkes av at kvinner også i oftere påtar seg ansvar for husarbeidet, og at kvinner i større grad forventes å være oppofrende og støttende, fremfor å ivareta egne behov. Disse aspektene bidrar til at kvinner gjerne oppnår mindre privilegerte posisjoner, og må spre sin arbeidskraft på ulike arenaer enn menn. Videre hevder hun at ikke bare sosiale faktorer, men også kjønnsbetingede reaksjonsmønstre gjerne resulterer i at kvinner utvikler depressive reaksjoner. I den anledning påpeker hun at kvinner ofte retter sin frustrasjon mot seg selv, i tilfeller der menn gjerne lar det gå utover andre (Rosenfield 1999, 220-221). Kort

oppsummert er kvinnene spesielt utsatt for depresjon, som følge av at deres situasjon ofte er preget av mindre ressurser og flere krav, samt tendensen til at vonde følelser i sterkere grad bidrar til negativt selvilde blant kvinner.

I Rosenfields forklaring fremheves samspillet mellom sosiale forhold og psykologiske reaksjonsmåter som årsaken til høyere depresjonsnivå hos kvinner. Denne slutningen har åpenbart mye til felles med Seligman og Elders argumentasjon. De hevder at individer som møter vanskeligheter lettere tenderer mot å utvikle depresjon dersom vedkommende også klandrer seg selv og egen utilstrekkelighet for problemene. Dersom en snarere vektlegger betydningen av ytre faktorer i ens forståelse av problemene, er en mer robust mot motgang. Med andre ord oppstår gjerne depressive symptomer i skjæringspunktet mellom belastende hendelser/faktorer og psykologiske reaksjonsmåter (Seligman & Elder 1986, 392). Som i Rosenfields resonnement er det altså samspillet mellom ytre forhold og psykologisk sårbarhet som utgjør årsaken til ulikhet med hensyn til depressive symptomer.

For øvrig har en også funnet at bestemte risikofaktorer i enda sterkere grad disponerer menn for depressive reaksjoner enn kvinner. Selv om kvinnene generelt er mer utsatt for slike påkjenninger, skårer denne gruppen likevel høyere på depresjonsvariabelen. Eksempler på slike risikofaktorer er singel- eller enkestatus, og lavt inntekts- og utdanningsnivå (Sonnenberg m.fl. 2000, 290). Dette resultatet underbygger ikke teorien om at kvinner er mer sårbare enn menn for slike problemer, men taler snarere for det motsatte.

Innvendinger og alternativer

I tilknytning til den psykososiale forklaringsmodellen, synes det relevant å trekke inn Schwartz' kritikk av sosiologisk forskning på mental helse. Hun gjengir Thoits tidligere etterlysning av sosiologiske undersøkelser av hvordan makrostrukturer (eksempelvis styresett eller økonomisk system) får konsekvenser på mikronivå (i dette tilfellet i form av psykisk helse) og omvendt (Thoits 1995, 56). Denne etterlysningen impliserer en kritikk mot sosiologiske undersøkelser som snarere tar utgangspunkt i maktesløshet og statusvariasjoner i ulike belastninger kun på individnivå. Schwartz hevder at sosiologiske undersøkelser ofte fokuserer på betydningen av psykologiske faktorer fremfor sosiologiske aspekter i analyser av mental helse. Hun poengterer at mekanismer på mikronivå tilknyttet mestring, selvtillit og maktesløshet gjerne står sentralt i den sosiologiske tilnærmingen til psykisk helse, mens

betydningen av sosiale faktorer på makronivå tones ned. Hun argumenterer for at man snarere bør strebe etter å benytte en mer sosiologisk tilnærming til å belyse hvilke aspekter av sosialt liv som får uheldige konsekvenser for individene (Schwarz 2002, 224). Hun hevder at sosiologien i liten grad har vektlagt hvordan endringer i teknologi og kommunikasjonsmønstre, globalisering, samt vitenskapelige fremskritt innen biologi og genetikk kan ha påvirket menneskenes mentale helse (Schwartz 2002, 234).

Slike alternative tilnærminger kan gjerne i større grad belyser de rent sosiologiske aspektene ved temaet mental helse. En kan også spørre seg om studier som tar sikte på å kartlegge betydningen av sosiale strukturer på makronivå i mindre grad vil trække i gamle spor, og dermed vil tilføre feltet mer fruktbare resultater. En kan muligens forstå dette som at min problemstilling – i likhet med mye annen forskning på dette feltet – problematiserer betydningen av faktorer på mikronivå, mens betydningen av faktorer på makronivå i liten grad diskuteres. I den anledning vil jeg først og fremst påpeke at analyser av typen Schwartz etterlyser, forutsetter svært omfattende data. Dersom en skal undersøke betydningen av eksempelvis biologiske og teknologiske fremskritt, må man for det første sammenligne samfunn med ulik utvikling/kjennskap/bruk av slik vitenskap, og for det andre kunne utelukke at effekten ikke skyldes andre faktorer som skiller de ulike samfunnene fra hverandre. Slike analyser forutsetter data som jeg ikke har tilgang til.

Videre vil jeg hevde at individuelle ressurser som mestringsfølelse og sosial støtte ikke nødvendigvis bør betraktes som psykologiske aspekter som helst bør utelukkes fra sosiologiske analyser. Særlig av hensyn til den samfunnsnyttige verdien av sosiologiske studier synes det hensiktsmessig å synliggjøre hvordan ulikhet i mental helse mellom ulike sosiale grupper kan forklares ved hjelp av ulike mekanismer bestående av både sosiale og psykologiske komponenter. Dersom høy mestringsfølelse og sosial støtte fungerer som beskyttelsesmekanismer mot depressive plager, er det grunn til å se nærmere på fordelingen av disse ressursene. I den forbindelse synes det nødvendig å synliggjøre hvorvidt sosial ulikhet i mestring og sosial støtte kan ha sammenheng med privilegier og belastninger tilknyttet bestemte posisjoner i den samfunnsmessige strukturen. Kort sagt synes det relevant for sosiologien å synliggjøre hvordan mestringsfølelse og sosial støtte inngår i årsakssammenhenger som påvirker mental helse. Skjønt, dersom sosiologiske undersøkelser av mental helse utelukkende kartlegger av psykososiale mekanismer, ekskluderes betydningen av vesentlige rammebetingelser fra våre analyser av, perspektiver på og

resonnementer rundt mental helse. I så tilfelle står en i fare for sosiologiske tilnærmingen til feltet blir mangelfull, og at viktige årsakssammenhenger forblir utforsket.

2.5.4 Artefaktforklaringer

Artefaktforklaringer vektlegger hvordan metodiske svakheter ved forskningen kan resultere i misvisende konklusjoner. Dette forskernes fremgangsmåte med hensyn til mål, fortolkning og fokus bidrar til en selektiv fremstilling av fakta. Forskere kan også vektlegge visse årsaksfaktorer på bekostning av andre (Elstad 2000, 31). I tilknytning til denne oppgaven impliserer denne forklaringen at forskjeller mellom kjønns- eller utdanningsgrupper kan forekomme som resultat av metodiske svakheter heller enn faktiske forskjeller i utvalget. Ved nærmere undersøkelse har en likevel funnet at ulike analyser med forskjellige mål for sosioøkonomisk status har gitt noenlunde de samme resultatene med hensyn til helseforskjeller mellom gruppene (Bartley et al 1996, Bartley m.fl. 1999).

I tilknytning til kjønnsforskjeller i depressivitet hevder enkelte artefaktforklaringer at tradisjonelle kjønnsroller påvirker hvilke følelser de respektive kjønnene gir uttrykk for. Dersom depressive følelser oppfattes som typisk kvinnelige, kan dette medføre underrapportering av slike følelser hos menn. (Nolen-Hoeksema 1987, 265). Nærmere undersøkelse av denne sammenhengen har likevel konkludert med at kvinners forhøyede skåre synes å være knyttet til andre forhold enn høyere ekspressivitet (Mirowsky & Ross 1995, 455)⁵. I den anledning understrekes det også at kvinner ikke bare rapporterer flest depressive symptomer, men også mest sinne og irritasjon (Mirowsky & Ross 1995, 465).

For øvrig har omfattende epidemiologiske undersøkelser i USA konkludert med at kvinner og menn har omtrent like omfattende problemer med hensyn til mental helse, men at disse gir seg utslag på ulike måter. Mens depresjon og angst forekommer hyppigst hos kvinnene, er rusmisbruk og antisosiale lidelser mest utbredt blant menn (Kessler 1993, Kessler m.fl. 1994, i Rosenfield 1999, 217). Med andre ord kan en ikke trekke konklusjoner om

⁵ Likevel kan en selvsagt ikke utelukke at lignende artefaktforskjeller kan gjøre seg gjeldende i undersøkelsen som ligger til grunn for denne oppgaven. Det er for øvrig et nokså utbredt problem med slike spørreundersøkelser, og i denne oppgaven vil jeg fortrinnsvis fokusere på diskusjon av analyseresultatene.

fordelingen av psykiske problemer mellom kjønnene uten å se nærmere på lidelser der også menn er overrepresentert.

2.5.5 Oppsummering av hypoteser

Dermed kan man oppsummere hypotesene for mine analyser med utgangspunkt i teori og tidligere forskning:

- * H1: Den positive effekten av utdanning på mestringsfølelsen er lik hos begge kjønn (Ross & Mirowsky 2006, 1409).
- * H2: Utdanning har en sterkere effekt på depressive symptomer hos kvinner enn hos menn. (Ross & Mirowsky 2006, 1409).
- * H3: Sammenhengen mellom mestring og depressivitet er sterkere blant kvinner enn blant menn.
- * H4: Høyt utdannede gir uttrykk for høyere grad av sosial støtte enn lavt utdannede (Marris 1993).
- * H5: Kvinner rapporterer mer sosial støtte enn menn (Ross & Mirowsky 1989, 212, Sonnenberg m.fl.2000, 290).
- * H6: Sammenhengen mellom mestringsfølelse og depressive symptomer er sterkest i grupper med lav grad av sosiale ressurser (Mirowsky & Ross 2003, 204).

3. Data, variable og metode

Først vil jeg redegjøre datamaterialet som denne studien er basert på. Deretter vil jeg gjennomgå operasjonaliseringen av variablene. Videre vil jeg gå nærmere inn på hvilke typer sammenhenger en kan forvente å finne mellom variablene, og de metodiske konsekvensene av dette. I den forbindelse vil jeg kort redegjøre for regresjons- og korrelasjonsanalyse, som vil benyttes i analysene. Underveis vil jeg diskutere relevante validitetsvurderinger. Avslutningsvis vil jeg diskutere aktuelle innvendinger mot problemstilling og metode.

3.1 Datamaterialet

Utgangspunktet for analysen er datamaterialet fra «Den norske studien av livsløp, aldring og generasjon» (norLAG). Dette er en undersøkelse som Statistisk Sentralbyrå har utført på oppdrag fra Norsk Institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA).

Undersøkelsen tar sikte på å kartlegge kroppslige, helsemessige, psykologiske og sosiale forhold blant personer som er 40 år eller eldre, og gjennomføre ny datainnsamling hvert femte år. Første runde av intervjuene ble gjennomført i løpet av 2002 og våren 2003. Da ble 5589 personer intervjuet på telefon (svarprosent 67,4), hvorav 4169 også returnerte et postbasert spørreskjema (svarprosent 74,6, og dermed en samlet svarprosent på 50,3 % for spørreskjemaet).

Ettersom graden av depressivitet, som utgjør en svært sentral variabel i mine analyser, ble kartlagt i postskjemaet, vil jeg utelukkende benytte meg av den delen av materialet som har besvart dette skjemaet. Resultatene fra undersøkelsen er kilden til variablene, enhetene og verdiene som jeg gjør bruk av i mine analyser. Utvalget består av respondenter fra kommuner i Agder, Nord-Trøndelag, Akershus og Oslo. Respondenter ble trukket fra hver av de 25 kommunene, men respondenter med høy alder og/eller fra små kommuner er overrepresentert i utvalget, som dermed ikke er representativt for befolkningen i Norge (Holmøy 2003,17). Dette er likevel ikke særlig problematisk i denne studien, da jeg snarere er interessert i å avdekke sammenhenger, enn å anslå eksakte estimater om den norske befolkningen.

3.1.1 Frafall

Som sagt ble spørsmålene om depressive symptomer først kartlagt i spørreskjemaet, derfor vil jeg utelukkende gjøre bruk av informasjon fra respondenter som har besvart dette. Den samlede deltakelsen i materialet som ligger til grunn for denne oppgaven er dermed 50 %, som selvsagt er lavere enn ønskelig. I undersøkelser basert på surveydata kan frafallet av respondenter knyttes til resultatenes overførbarhet (Skog 1998, i Valset 2007, 87). Særlig relevant i den forbindelse, er spørsmålet om frafallet kan tenkes å være systematisk på en måte som får konsekvenser for resultatene. I studier av helse kan dette synes å være en svært relevant problemstilling, ettersom ønsket om deltakelse gjerne påvirkes av helsetilstand. En kan argumentere for at svarprosenten trolig vil være lavere i grupper kjennetegnet av dårlig helse, som følge av at plager og sykdommer gjerne resulterer i manglende overskudd til å besvare slike forespørsler (Valset 2007, 81). Mer konkret kan en tenke seg at omfattende depressive plager reduserer overskudd til eller motivasjon for deltakelse. I så tilfelle vil hyppigheten av depressivitet i befolkningen være høyere enn tendensene som kommer frem i materialet. For øvrig kan en heller ikke se bort fra muligheten for motsatte tendenser. Det er mulig at spørsmål omkring livskvalitet og psykisk helse i større grad angår dem som har symptomer eller problemer tilknyttet dette temaet. I så tilfelle vil det være i deres interesse å besvare aktuelle spørsmål, og bidra til å belyse hvilke faktorer som virker inn på deres helsetilstand. Tilsvarende kan en spørre seg om individer med god psykisk helse også har et høyere aktivitetsnivå enn individer med omfattende depressive symptomer, og at sistnevnte av den grunn har bedre tid til å besvare slike spørreskjema. Med andre ord synes det svært vanskelig å slutte seg til hvorvidt grupper med høy grad av depressivitet er under- eller overrepresentert.

Kombinasjonen av høy frafallsprosent og ikke-representativt utvalg går utover den ekstern validiteten, og gjør det vanskelig å trekke slutninger om populasjonen på grunnlag av funn fra utvalget (Skog 2005, 88). I den forbindelse synes det relevant å presisere at jeg snarere ønsker å undersøke hvordan depressivitet er knyttet til kjønn, utdanning, mestringsfølelse og sosiale relasjoner, heller enn å anslå den eksakte graden av depressivitet i utvalget. I den anledning vil jeg også understreke at utvalget utgjør over 4000 respondenter også etter frafallet, og slik størrelse gjør det egnet til å kartlegge aktuelle sammenhenger selv om resultatene ikke kan forstås som en direkte avspeiling av forhold i populasjonen.

3.1.2 Surveyundersøkelsen – styrker og svakheter

NorLAG er i utgangspunktet et longitudinelt prosjekt, men jeg vil utelukkende gjøre bruk av datamaterialet fra den første innsamlingsrunden. Datamaterialet som ligger til grunn for denne oppgaven vil dermed tilsvare resultatet av en tverrsnittsundersøkelse, som kjennetegnes av observasjoner av et antall observasjonseenheter på ett enkelt tidspunkt. Ved hjelp av slik informasjon kan man undersøke korrelasjoner og korrelasjonsmønstre. I den anledning bør en likevel merke seg to svakheter ved tverrsnittsstudier: For det første er det sjelden mulig å kontrollere for alle relevante faktorer. Manglende opplysninger og/eller kunnskaper kan føre til spuriøsitet – at bakenforliggende faktorer påvirker resultatene. For det andre gir ikke tverrsnittsdata informasjon som bidrar til å avdekke tidsrekkefølgen mellom to faktorer. Dermed kan det være vanskelig å slutte seg til hvilken årsaksretning som preger samvariasjonen (Skog 2005, 71-4). Hvilke implikasjoner disse svakhetene medfører for mine analyser, vil drøftes i kapittel 3.2.

Videre finner man mer feltspesifikke innvendinger, der man problematiserer hvorvidt survey-undersøkelser er et egnet utgangspunkt for sosiologisk forskning på mental helse. Schwartz hevder at surveymetoder gjerne medfører at en baserer sine analyser på informasjon om individer, hvilket tar fokuset bort fra sosiale faktorer (trekk ved grupper). Hun understreker at det heller ikke er uproblematisk å basere analysene på en spørreundersøkelse, der informasjonen formes av individets oppfatning av både spørsmålet og saksforholdet (Schwartz 2002, 226).

Denne kritikken har fellestrekk med teorien om artefaktforklaringer, som forklarer sosial ulikhet i helse som resultat av svakheter i forskningsopplegget. Både Schwartz' kritikk og artefaktforklaringene vektlegger det subjektive aspektet ved spørreskjemaer; det er unektelig vanskelig å vite sikkert om forskjeller i selvrapporterte plager er et uttrykk for ulik grad av symptomer eller forskjeller i rapportering. Det subjektive aspektet ved informasjonen kan således synes å gå på bekostning av objektive saksforhold. I den forbindelse synes det likevel nødvendig å påpeke at enhver form for undersøkelse eller kartlegging av symptomer/sykdom forutsetter en eller annen form for kategorisering, basert på medisinske og/eller forskningsmessige kriterier. Dermed synes det vanskelig å utelukke det subjektive aspektet ved forskningen kun gjennom å unngå surveyundersøkelser.

3.1.3 Operasjonalisering av variabler

Jeg vil nå se nærmere på operasjonaliseringen av variablene som benyttes i analysene. Først vil jeg gjennomgå mål på henholdsvis depressivitet, mestring, sosial støtte og sosial kontakt, som utgjør avhengige variabler i analysene. Disse består fortrinnsvis av indekser, med unntak av variabelen for ukentlig samvær, som kun er basert på ett spørsmål. Videre vil jeg gjøre rede for operasjonaliseringen av de uavhengige variablene kjønn, utdanning, alder og fysisk helse.

En del av variablene er omkodet til z-skårer, slik at det skal bli enklere å fortolke resultatene, og sammenligne effekter på tvers av variablene. Omkodingen er gjort ved hjelp av følgende formel: $z = (x - m) / s$. I analyser hvor jeg har benyttet standardiserte variabler, vises dette gjennom (z) bak variabelnavnet.

Depressivitet

I norLAG-studien benyttes cesd-skalaen for å måle depressivitet (Radloff 1977, 386). Denne er designet for å samle informantenes selvrapportering av depressive symptomer, fortrinnsvis i surveyundersøkelser. Den er særlig egnet i undersøkelser som tar sikte på å kartlegge sammenhenger mellom depressive symptomer og bestemte sosiale kjennetegn (Radloff 1977, 386). Skalaen måler symptomer og plager som inngår i diagnosen depresjon, men som til en viss grad også kan forekomme i følelsestilstander som ikke bør betraktes som syke (Radloff 1977, 385). I undersøkelsen besvarte respondentene 20 spørsmål om hvorvidt de hadde opplevd ulike symptomer eller følelser i løpet av den siste uken. Svaralternativene var 0) Aldri eller nesten aldri, 1) Litt av tiden 2) En del av tiden og 3) Nesten hele tiden. Verdiene fra hvert spørsmål summeres, og totalskåre varierer mellom 0 og 50. Jo høyere skåre respondenten har, dess flere depressive symptomer har vedkommende rapportert. I denne studien vil skalaen for depressive symptomer benyttes som et kontinuum. Et slikt mål står i motsetning til en mer diagnostisk tilnærming, der man fortrinnsvis skiller mellom deprimerte eller ikke deprimerte (Alvarado, Zunzunegui m.fl 2007, 228). I undersøkelser der en først og fremst ønsker å skille individer med betydelige depressive symptomer fra dem med mindre eller ingen slike plager, er det vanlig å la verdien 16 og høyere kjennetegne den første gruppen (Clausen & Slagsvold 2005, 118).

I denne oppgaven vil jeg fortrinnsvis ta i bruk en standardisert versjon av variabelen. Dette innebærer at kvinner har en gjennomsnittelig skåre på 0,052, som tilsvarer verdien 11,14 på den ikke-standardiserte skalaen. Tilsvarende er gjennomsnittet for menn -0,057, som tilsvarer skåren 10,26 på den ordinære skalaen.

Mål for mestring

Variabelen for mestring, Mastery Scale (Pearlin & Schooler 1978, 5) måler som sagt en generell holdning til muligheten for å påvirke egen livssituasjon. Indeksen er basert på informantens respons til 7 påstander omkring informantens opplevelse av kontroll.

Utsagnene går ut på at vedkommende har lite kontroll over det som skjer ham/henne, at hva som kommer til å hende vedkommende i fremtiden er avhengig av ham/henne selv, og lignende. Responsen til disse utsagnene graderes etter 5 trinn fra svært enig til svært uenig, og verdiene for hvert utsagn summeres. Samlet verdi på variabelen varierer fra 7 til 35. Høye verdier svarer til opplevelsen av høy grad av mestring, det vil si en sterk opplevelse av kontroll over egen situasjon. Lave verdier svarer til opplevelsen av at ens situasjon og muligheter i stor grad påvirkes av ytre faktorer.

Variabelen har en cronbachs alpha på 0,72 (Slagsvold og Sørensen 2008, 31), hvilket tilsier at indikatorene er høyt korrelert, og egnet til å danne en indeks. For øvrig vil også denne variabelen standardiseres, slik at det blir enklere å fortolke og sammenligne resultatene på flere variabler. Etter standardisering vil kvinner ha et gjennomsnitt på -0,055, som tilsvarer skåren 25,10 på den ordinære skalaen, og menn ha et snitt på 0,06, som svarer til verdien 25,66 på den ordinære versjonen.

Sosial støtte

Variabelen for sosial støtte er en additiv indeks, som består av summen av verdiene fra tre spørsmål som eksplisitt gjentas i tilknytning til ulike relasjoner. Spørsmålene stilles altså spesifikt for partner, barn, barnebarn, foreldre, partners foreldre, partners søsken, søsken, venner, andre:

a) Kan du snakke fortrolig med...

b) Føler du at virkelig setter pris på deg som person?

c) Ville helt sikkert stille opp for deg i en krisesituasjon?

Hvert positivt svar øker verdien med 1 på indeksen. Summen av positive svar på alle spørsmålene utgjør respondentens totalskåre. Teoretisk sett går indeksen fra 0 til 27. Jo høyere skåre, dess mer sosial støtte gir respondenten uttrykk for. I analysene er indeksen standardisert, da en omkoding til z-skåre vil gjøre fortolkningen av resultatene enklere. Konstruksjonen av indeksen innebærer at en ikke skiller mellom negative svar og manglende besvarelse. Dermed vil svaret «nei» på et av spørsmålene gi samme utslag på indeksen som ikke besvart.

Videre bør en være oppmerksom på to svakheter ved indeksen. For det første kan man innvende at en person med lite støtte fra familiære relasjoner men mye støtte fra mange venner skårer vesentlig lavere på variabelen enn en person som opplever like mye støtte, men fra ulike familiære relasjoner. Dette fordi all støtten som førstnevnte respondent opplever vil falle i samme relasjonskategori (venner), mens sistnevntes støtte vil falle i ulike kategorier og dermed gi utslag i en høyere samlet verdi. Denne problematikken kan man relatere til begrepsvaliditet, som dreier seg om hvorvidt man faktisk har målt det man ønsker å måle (Skog 2003, 89). Dermed kan en spørre seg om indeksen vel så mye måler *variasjonen* i relasjoner hvorfra man opplever tilgjengelig støtte, som summen av opplevd støtte.

For det andre bør man presisere at to av tre spørsmål på denne indeksen måler emosjonell støtte i form av fortrolighet og verdsettelse. I den grad kvinner fortrinnsvis opplever emosjonell støtte, og menn i større grad opplever praktisk støtte (Umberson 1996, 851) risikerer en at kvinner skårer høyere på variabelen for sosial støtte enn menn, og at dette skyldes kjønnsforskjeller i hvilke typer støtte en opplever, heller enn kjønnsforskjeller i grad av støtte en opplever. I prinsippet kan tilsvarende forskjeller selvsagt gjøre seg gjeldene også for andre grupper.

Kort oppsummert må man i fortolkningene av analyseresultatene være oppmerksom på at grupper som skårer lavt på denne variabelen for sosial støtte, kan oppleve relativt mye støtte fra venner/andre, og/eller opplever mer sosial støtte i form av praktisk hjelp.

Sosialt samvær

Variabelen sosialt samvær er en additiv indeks basert på opptil 7 spørsmål om samvær i bestemte relasjoner. Spørsmålene ble stilt over telefon, og formulering og valg av spørsmål ble basert på respondentens tidligere besvarelser i intervjuet. Eksempelvis ble respondenter som allerede hadde svart at de ikke hadde barn, ikke stilt spørsmål om hvor ofte de er sammen med barna. Tilsvarende fikk respondenter som hadde opplyst at de hadde ett barnebarn, stilt spørsmål om hvor ofte han/hun var sammen med barnebarnet, og ikke hvor ofte han/hun var sammen med ett av barnebarna. Under vises operasjonaliseringen av variabelen; i parentes står forutsetningen for at spørsmålet skal stilles.

Omtrent hvor ofte har du vært sammen med...

- a) ...minst ett av barna? (hvis barn > 1)
- b.. ett av din partners barn/din partners barn? (hvis partner har særkullsbarn)
- c) ...din sønn/datter? (hvis barn = 1)
- d)... foreldrene dine? (hvis foreldre i live)
- e)...din partners foreldre? (hvis partner i live)
- f)... ett av barnebarna? (hvis barnebarn > 1)
- g)... med barnebarnet? (hvis barnebarn = 1)
- h)... ett av dine søsken? (hvis søsken > 1)
- i)...din bror/søster? (hvis søsken = 1)
- j)...venner?

Svaralternativene var daglig, ukentlig, månedlig, noen ganger i året, og ikke de siste 12 månedene. Indeksen for sosial støtte er basert på disse spørsmålene, der respondenten får verdien 1 for hver gang vedkommende svarer daglig eller ukentlig. Jo høyere skåre, dess flere av sine nærmeste har respondenten samvær med i løpet av en uke. Teoretisk sett går indeksen fra 0 til 7, da ingen respondenter kan stilles alle spørsmålene.

Også i denne sammenhengen er det grunn til å være oppmerksom på at spørsmål om samvær i familiære relasjoner utgjør en stor del av indeksen. Dette innebærer at respondenter som hyppig tilbringer tid med ulike venner, vil skåre vesentlig lavere på indeksen enn respondenter med få venner, men stor familie.

I tilknytning til kravet om begrepsvaliditet er det verdt å merke seg at variasjoner i verdier på denne variabelen snarere uttrykker forskjeller i respondentens oppfatning av eget samvær, enn faktiske forskjeller i tid tilbrakt med andre mennesker. Det synes også relevant å gjengi tidligere presisering av at effekten av sosial kontakt gjerne avhenger av relasjonenes kvalitet. Ettersom samvær som sådan ikke sier noe om hvorvidt kontakten er frivillig eller lystbetont, vil både oppløftende og uønsket samvær måles i denne variabelen. Faren med en slik summering er at en eventuell sammenheng mellom positivt samvær og depressivitet eller mestring kan komme til å bli tilslørt av en eventuell sammenheng mellom uønsket samvær og depressivitet eller mestring. På den annen side kan en tenke seg at nære relasjoner gjerne er komplekse forhold som tidvis er krevende og tidvis givende, og at en kvalitativ inndeling dermed kan være vanskelig.

Naborelasjoner

Indeksen for naborelasjoner er en additiv indeks sammensatt av verdien på fem variabler som er operasjonalisert på følgende måte:

Hvor mange av dine naboer...

- a) er du på hils med?
- b) snakker du med når dere møtes?
- c) kan du låne ting av?
- d) har nøkkel til boligen din?
- e) kan du be om å handle for deg hvis du er syk?

Svaralternativene for hvert spørsmål er: Ingen (verdi 0), én (verdi 1), noen (verdi 2), mange (verdi 3), de fleste (verdi 4). Den endelige verdien varierer mellom 0 og 20. Dess høyere verdi respondenten har på indeksen, jo bedre kontakt med naboene opplever vedkommende å

ha. En bør merke seg at variabelen jeg tar i bruk kun måler graden av positiv naborelasjoner, ikke årsaken til eventuelt fravær av slik kontakt. Jeg vil heller ikke måle vanskelige naboforhold preget av konflikter og uoverensstemmelser.

3.1.4 Operasjonalisering av uavhengige variabler

Etter å ha gjennomgått operasjonaliseringen av de avhengige variablene, vil jeg nå fokusere på uavhengige variabler. Jeg vil ta for meg kjønn, utdanning, alder, fysisk helse, samboer-/ekteskap og yrkesaktivitet

Kjønn

Kjønnsvariabelen er dikotom, med verdien 0 for kvinne og verdien 1 for mann.

Utdanning

Utdanningsvariabelen er basert på data fra utdanningsregisteret og er inndelt i kategorier etter normert utdanningslengde for høyeste fullførte utdanning. Variabelen består av tre utdanningsgrupper, som er kodet som dummyvariabler, der gruppen med ungdomsskole (8-10 år) som høyeste fullførte utdanningsnivå utgjør referansegruppen. Gruppen med videregående skole som høyeste utdanningsnivå innbefatter både dem med 3- og 4-årig videregående utdanning, det vil si totalt 11-14 år. Denne gruppen betegnes som Videregående i analysene. Gruppen med grad fra høyskole/universitet betegnes som høy/uni i analysene, og har totalt 14 års skolegang eller mer, inkludert lavere eller høyere grad fra høyskole eller universitet. Individuer som har studert men ikke har fullført graden inkluderes ikke i denne gruppen.

Alder

Aldersvariabelen er kontinuerlig, og verdien på variabelen angir respondentens alder i år på det tidspunktet da intervjuet ble gjennomført.

Yrkesstatus

Variabelen for yrkesstatus uttrykker respondentenes selvrapporterte situasjon, om hvilken kategori vedkommende hovedsakelig tilhører, ifølge dem selv, og er basert på følgende spørsmål:

Betrakter du deg hovedsakelig som...?

Svaralternativene er *yrkesaktiv*, *pensjonist*, *trygdet*, *student*, *hjemmeværende/husmor*, og *annet*. Et noe problematisk aspekt ved denne operasjonaliseringen er at kategoriseringen baserer seg på respondentens skjønnsmessige vurdering. En kan ikke utelukke at to respondenter med tilsvarende objektiv yrkesstatus kan ha ulike oppfatninger av hvilken kategori de faller innunder. For øvrig vil variasjonen i disse vurderingene være relativt liten.

I analysene vil variabelen for yrkesstatus benyttes som et sett dummyvariabler der kategorien yrkesaktiv brukes som referansegruppe. Videre vil pensjonister ha verdien 1 på variabelen pensjonist, trygdede vil ha verdien 1 på variabelen trygdet. Respondenter som hovedsakelig betrakter seg som hjemmeværende, student eller annet får verdien 1 på variabelen hjemmeværende/annet.

Samboer-/ekteskap

Tilsvarende skiller variabelen for samboer-/ekteskap mellom respondenter som inngår i et samboer- eller ekteskap (verdien 1) og dem som ikke oppgir slikt forhold (verdien 0).

Fysisk helse

Variabelen for fysisk helse er basert på et mål for helsestatus som kalles Short form health survey (SF12), og består av en indeks basert på 12 spørsmål. Denne utgjør en forkortet versjon av den tidligere SF 36, som bestod av 36 helserelaterte spørsmål (Hurst et.al 1998, 866). Ettersom jeg fortrinnsvis ønsker å kontrollere for fysisk helse, vil jeg ta i bruk en versjon av skalaen som først og fremst måler fysiske helseproblemer: physical component summary scales (PCS). Tidligere undersøkelser har konkludert med at SF12-PCS har høy reliabilitet, validitet og er et egnet mål for helsetilstand (Hurst m.fl. 1998, Haywood m.fl. 2002). I den forbindelse har en også funnet sterke korrelasjoner mellom SF12-PCS og andre fysiske helsemål. Videre fant man at sammenhengen mellom SF12-PCS og skåren for mental helse var nokså svak (Hurst m.fl. 1998, 866). Dette kan forstås som at tidligere undersøkelser

konkluderer med at SF12-PCS) er et egnet mål på fysisk helse. Likevel er sammenhengen mellom fysisk helse og depressivitet nokså høy i denne undersøkelsen, nærmere bestemt gir pearsons r en sammenheng på $-,291$ (Sig. $<0,001$). Den samlede skåren på indeksen varierer mellom 10,33 og 65,30. Dess høyere verdier en respondent har, dess bedre helse kjennetegnes han/hun av.

Sentralitet

I forbindelse med sammenhengen mellom naborelasjoner og utdanningsnivå, vil jeg også ta i bruk en variabel for sentralitet. Denne viser boområdets folketall og tilbud av sentrale funksjoner, eksempelvis post eller bank. Nivå av sentralitet er basert på nærhet til byer og tettsteder av ulike størrelser. Variabelens verdier går fra 0 til 3, der den laveste verdien viser til de mest spredtbygde områdene, og verdien 3 gis de mest tettbygde områdene. I analysene vil variabelen benyttes som et sett dummyvariabler, der lavest grad av sentralitet utgjør referansegruppen.

Forholdet mellom utdanning og sosioøkonomisk status

I likhet med Valset (2007), som tidligere har basert sin hovedoppgave på analyser av datamaterialet fra norLAG, benytter jeg en variabel for utdanning uten å inkludere yrkeskategori og inntekt i mine analyser. Det er flere årsaker til dette. Ettersom norLAG kun gir informasjon om inntekt på individnivå, er det ikke mulig å inkludere husholdsinntekt i analysene. Dette kan være problematisk da en kan finne store forskjeller mellom personlig inntekt og økonomisk levestandard i praksis, eksempelvis blant hjemmeverende kvinner. Manglende samsvar kan tilsløre eller redusere eventuelle effekter av inntekt på eksempelvis depressivitet. Valset poengterer også at inntektsvariabelen kun måler inntekt i løpet av det siste året. Dermed risikerer man at en negativ sammenheng mellom inntekt og helse kan skyldes at helseproblemer har hindret en i å arbeide som vanlig det siste året. (Valset 2007, 86). Med bruk av inntekt i mine analyser, risikerer man altså at grupper får en verdi som i liten grad uttrykker deres faktiske økonomiske levestandard, samt at kausalretningen mellom inntekt og depressive symptomer er motsatt av det man impliserer ved å benytte depressivitet som avhengig variabel i en regresjonsanalyse

I tilknytning til yrkesstatus kan en nevne tilsvarende problemstillinger. Her mangler man informasjon om yrkesklasse for tidligere yrkesaktive som på intervjuetidspunktet er

uføretrygdet. I den forbindelse synes det nødvendig å gjenta hvordan endringer i arbeidslivet har medført at individer med helseproblemer i større grad ekskluderes fra arbeidslivet, og at denne tendensen særlig rammer arbeiderklassen (Dahl & Birkelund 1999, 23). Dersom denne effekten også gjør seg gjeldende i denne studien, vil en utelukke store deler av variasjonen i helseforskjeller fra analysene dersom man ikke inkluderer de uføretrygdene (Valset 2007, 86). Da en kan tenke seg at tilsvarende tendenser kan gjøre seg gjeldende med hensyn til depressive symptomer, synes det mer fruktbart å benytte utdanning som variabel, enn et sammensatt mål. Etter å ha redegjort for variablene, vil jeg nå se nærmere på sammenhengen mellom disse.

3.2 Validitetsvurderinger, sammenhenger og metodiske redskaper

Sosiale fenomener omgis alltid av en kompleks kontekst, og påvirkes blant annet av samfunnsmessige, psykologiske, biologiske og sosiale faktorer. Ettersom fenomener vanskelig kan løsrives fra ytre omstendigheter, kan de heller ikke konstrueres på nytt eller studeres isolert fra mulige støyfaktorer. Kompleksiteten gjør det dermed vanskelig å fastslå forholdet mellom årsaksfaktorer og virkning i studien av samfunnet, da hvert fenomen kan forstås som resultat av en unik sammensetning av faktorer. Disse vanskene kan utgjøre en trussel for studiens interne validitet, som dreier seg om fortolkning av kausalretningen mellom ulike variabler (Skog 2005, 88). Jeg vil nå gå nærmere inn på validitetsvurderinger knyttet til sammenhenger mellom depressivitet på den ene siden, og henholdsvis utdanning, mestringsfølelse, sosial kontakt og sosial støtte på den andre siden.

I tilknytning til denne oppgaven berører dette sammenhengen mellom utdanning og depressivitet ved at bakenforliggende faktorer - eksempelvis kulturell eller sosial bakgrunn - kan virke inn på både utdanningsnivå og depressivitet. Dermed kan en argumentere for at regresjonsanalysen er mangelfull, da en ideelt sett burde holde slike faktorer konstant i analysen. Da undersøkelsen ikke gir informasjon om respondentenes bakgrunn, er det dessverre ikke mulig å kontrollere for denne. Dermed synes det nødvendig å ta høyde for slike mulige bakenforliggende faktorer i fortolkningen av resultatene.

Kravet om intern validitet påvirker også fortolkning og analysemetoder. Årsaksretningene mellom depressivitet på den ene siden, og mestring, sosial kontakt og sosial støtte på den andre siden, er vanskelige å avklare. Som nevnt i avsnitt 2.3.4, er det sannsynlig at mestringsfølelse forebygger problemer og bidrar til å håndtere utfordringer, og derigjennom forebygger depressive plager. Men det er heller ikke utenkelig at depressive symptomer også selv kan oppleves som en begrensende faktor som ligger utenfor egen kontroll, og dermed fører til lavere mestringsfølelse. Det mest sannsynlige er kanskje at en kombinasjon av disse årsaksretningene resulterer i det som kan kalles resiprok kausalitet; begge variablene påvirker hverandre (Skog 2005, 64). I tilknytning til min problemstilling innebærer dette i så fall at lav mestringsfølelse fører til depressive symptomer, men at depressive plager også undergraver mestringsfølelsen. Tilsvarende kan høy mestringsfølelse bidra til holdninger og handlinger som reduserer ens depressive plager, samtidig som fraværet av symptomer kan styrke ens opplevelse av kontroll.

Forholdet mellom sosial kontakt og depressivitet kan sies å være tilsvarende komplekst. Det er ikke vanskelig å forestille seg at et godt sosialt nettverk er en ressurs som bidrar til praktisk problemløsning og følelsen av å være betydningsfull. Likedan forekommer det utvilsomt at fortrolighet, latter og fellesskap kan løfte en ut av tunge tanker på dårlige dager. For øvrig er det en kjensgjerning at årsaksretningen også i dette tilfellet kan gå motsatt vei: Personer som er deprimerte unngår gjerne sosial kontakt og deltakelse i større grad enn andre. Begge eksemplene vil resultere i en negativ sammenheng mellom sosialt nettverk og depressivitet. I det sistnevnte eksempelet vil det derimot være en feilslutning å påstå at sosial kontakt reduserer depressivitet, da heller det motsatte er tilfellet.

Korrelasjonen mellom sosial støtte og depressivitet preges for øvrig av ytterligere en problemstilling. Som nevnt kan en skille mellom variabler som måler tilgjengelig støtte og variabler som måler mottatt støtte. Det første dreier seg om i hvilken grad respondenten opplever at andre verdsetter ham/henne, og vil hjelpe eller bidra på ulike måter dersom han/hun skulle få behov for det. Mottatt støtte måler snarere i hvilken grad respondenten har mottatt hjelp eller støtte fra andre i en viss tidsperiode (Berkmann & Glass, 2000, 146). Det er grunn til å tro at valget mellom disse målene vil påvirke sammenhengen mellom støtte og depressivitet. I mine analyser vil jeg benytte et mål på tilgjengelig støtte, heller enn faktisk mottatt støtte. Jeg vil straks argumentere for dette valget.

Ved å summere ulike typer relasjoner der personen føler seg verdsatt, kan uttrykke seg i fortrolige samtaler og/eller kan regne med å få hjelp og støtte ved en eventuell krise, får man kartlagt personens opplevelse av tilknytning. I analysen vil man dermed måle hvorvidt ulike grader av sosiale ressurser sammenfaller med variasjon i depressive plager. I likhet med sammenhengene mellom mestring og depressivitet og sosial kontakt - depressivitet vil det være vanskelig å avgjøre kausalretningen på sammenhengen mellom sosial støtte og depressivitet. Dette som følge av at sosial støtte både kan motvirke depresjon, og at ikke-deprimerte grupper trolig vil ha høyere sosial deltakelse enn personer med omfattende depressive plager. En kan heller ikke utelukke at depressivitet muligens medfører en viss nedvurdering av egne sosiale ressurser. I begge tilfeller kan en forvente en negativ sammenheng. I denne oppgaven viser variabelen sosial støtte til summen av relasjoner hvor respondenten opplever fortrolighet og verdsettelse, og forventer hjelp og støtte i krisesituasjoner.

Kausalitetsproblemet vil for øvrig få en annen karakter dersom man måler sammenhengen mellom faktisk mottatt støtte og depressivitet. Dette fordi personer med depressive plager kan antas å motta mer støtte enn personer med psykisk velvære, som et resultat av at de er mer deprimerte og dermed trolig mer hjelpetrengende. I så fall vil dette gi seg utslag i en positiv sammenheng mellom støtte og depressivitet. Dette en risiko for at den eventuelle, negative korrelasjonen mellom sosiale støtte og depressivitet som jeg ønsker å måle (som følge av depressiv tilbaketrekning fra sosiale sammenkomster og/eller negativ effekt av sosial støtte på depressive symptomer), vil reduseres eller annulleres av den positive korrelasjonen mellom støtte og depressivitet. Siden jeg ønsker å unngå denne usikkerheten, velger jeg snarere å benytte mål på opplevd tilgjengelig støtte.

Kort oppsummert er det vanskelig å fastslå hvilke kausalretninger som gjør seg gjeldende mellom psykososiale variabler. Da jeg utelukkende baserer mine analyser på tverrsnittsdata, er det heller ikke mulig å undersøke endringer i sammenhenger over tid. Ettersom temaet likevel er av stor interesse og betydning, vil utfordringen være å belyse sammenhengene mellom variablene uten at resultatene styres av forventninger om årsaksretningen. Av den grunn synes korrelasjonsanalyse å være det mest adekvate redskapet i arbeidet med å undersøke forholdet mellom mestringsfølelse, sosial kontakt og depressivitet. En slik analyse vil også gjennomføres for å få frem samvariasjon mellom variablene uten å implisere en forventet kausalitet mellom dem. Likevel vil jeg også ta i bruk regresjonsanalyse, i tråd med

Skogs betraktninger om hvordan regresjonsanalyse også kan brukes i analyser hvor en søker å kartlegge andre aspekter ved sammenhengene enn akkurat årsaksretningen (Skog 2005, 214). Med andre ord ønsker jeg å supplere korrelasjonsanalyser med regresjon, for bedre å kunne kartlegge hvordan forholdet mellom depressivitet, mestring og sosiale ressurser påvirkes av andre faktorer.

Avslutningsvis vil jeg gjerne poengtere at disse analysene også berøres av kravet om ekstern validitet, som dreier seg om problemene ved å trekke slutninger i en situasjon på grunnlag av erfaringer fra en annen situasjon (Skog 2005, 88). I tilknytning til problemstillingen i denne oppgaven kan en for det første tenke seg at funnene i et utvalg med 50 % frafall ikke nødvendigvis kan generaliseres til å gjelde i populasjonen, dersom andre tendenser gjør seg gjeldende i gruppen som ikke har besvart spørreskjema.

Her kan man også understreke at modeller og teorier som gir en fullgod forklaring på sammenhenger i en undersøkelse kan være mindre fruktbare i en annen. Mekanismer som forekommer i andre land, kan ikke nødvendigvis overføres til fortolkningen av resultater i det norske materialet, ettersom andre sosiale strukturer eksisterer her. Dermed bør en være varsom med å konkludere med at tilsvarende funn har samme forklaring, uten å undersøke muligheten for at ulike faktorer kan påvirke resultatene i ulike områder eller grupper.

Nå vil jeg gå over til å redegjøre for de analytiske verktøyene som benyttes i undersøkelsen. Først vil jeg gjennomgå multippel lineær regresjon, deretter kort redegjøre for partiell korrelasjonsanalyse.

3.2.1 Regresjonsanalyse

Regresjon er et redskap som måler samvariasjon mellom variabler, særlig i tilfeller som impliserer en bestemt kausalitet mellom variablene. Gitt at forutsetningene for metoden er oppfylt, bruker man gjerne regresjon i tilfeller hvor sammenfall mellom verdier på to ulike variabler vil fortolkes som at den uavhengige variabelen påvirker den avhengige. Analysen gir en nokså nøyaktig beskrivelse av forholdet mellom disse ved å oppgi hvilke verdier på den avhengige variabelen som oftest svarer til bestemte verdier på de øvrige variablene. I tilknytning til min problemstilling kan det også nevnes at regresjon er egnet til å undersøke hvorvidt det forekommer samspill mellom uavhengige variabler. Samspill innebærer at

effekten av en uavhengig variabel er betinget av verdien på en annen uavhengig variabel (Skog 2003, 213-5).

Disse forholdene tilsier at regresjon er egnet til å undersøke hvorvidt det eksisterer en samspilleffekt av kjønn og utdanning på mestring og depressivitet. Kjønn resulterer av genetisk arv, og utdanningsnivå vil i de fleste tilfeller avgjøres i forholdsvis ung alder. Depressivitet og mestring i den andre halvparten av livsløpet opptrer vesentlig senere. Denne tidsrekkefølgen impliserer at variablene kjønn og utdanning kan få betydning for depressivitet senere i livet, mens det er det nokså utenkelig at depressivitet i andre halvparten av livsløpet skal ha betydning for kjønn eller utdanning. De to førstnevnte kan således betraktes som uavhengige variabler, den sistnevnte som avhengig variabel i analysen. Multipl regressjon innebærer at man måler effekten av flere uavhengige variabler i samme modell. Den multiple modellen kan uttrykkes i følgende formel (Skog 2005, 258-261):

$$Y = b_0 + b_1 \cdot X_1 + b_2 \cdot X_2 + \dots + b_k \cdot X_k$$

3.2.2 Korrelasjonsanalyse

Korrelasjon er et mål på sammenheng mellom to variabler, som ikke impliserer noen bestemt årsaksretning mellom dem. Koeffisienten uttrykker samvariasjon mellom variablene (Hellevik 2006, 252). I denne oppgaven vil jeg ta i benytte partiell korrelasjonsanalyse, som gjør det mulig å kontrollere for andre variabler. Partiell korrelasjon er en utvidet versjon av Pearsons r (Pallant 2007, 101). Denne koeffisienten varierer mellom -1 og +1, der positive tall tilsier at høye verdier på en variabel tenderer mot å sammenfalle med høye verdier på den andre variabelen. En negativ koeffisient gir uttrykk for den motsatte tendensen: Høye verdier på en variabel sammenfaller med lave verdier på den andre (Hellevik 2006, 259).

Som nevnt tidligere, og som jeg snart vil utdype, er sammenhengen mellom depressivitet, mestring og sosiale ressurser er nokså komplisert. Kort oppsummert kan disse variablene påvirke hverandre. Ettersom kausaliteten er nokså kompleks, anser jeg det som mest hensiktsmessig å undersøke forholdet mellom variablene ved hjelp av korrelasjonsanalyse. Som jeg vil komme tilbake til i kapittel 5 vil jeg i tillegg benytte regresjonsanalyse til å belyse hvordan disse sammenhengene påvirkes av øvrige variabler.

4. Depressivitet, kjønn og utdanning, samt fordelingen av sosiale ressurser

Her vil jeg først gjennomgå sentrale trekk ved utvalget. Deretter vil jeg undersøke effekten av kjønn og utdanning på mestring og depressive symptomer. I den anledning vil jeg finne ut om effekten av utdanning på mestringsfølelsen er lik for begge kjønn (H1), og om den negative sammenhengen mellom utdanning og depressivitet er sterkere blant kvinner enn blant menn (H2). Videre vil jeg se nærmere på fordelingen av sosiale ressurser mellom ulike grupper, med vekt på betydningen av kjønn og utdanning. I den anledning vil jeg særlig belyse påstandene om at høyt utdannede gir uttrykk for mer sosial støtte enn lavt utdannede (H4), og at kvinner opplever mer sosial støtte enn menn (H5). Forholdet mellom mestring, depressivitet, og sosiale ressurser (inkludert H3 og H6) vil undersøkes i kapittel 5.

Hypotesene er formulert med utgangspunkt i tidligere forskning, der blant annet betydningen av sosial støtte står sentralt. I mine analyser vil jeg supplere målet på sosial støtte med mål på to andre sosiale ressurser; samvær med andre og relasjoner til naboene. Hensikten er å belyse betydningen av også andre aspekter ved sosiale relasjoner. Dermed vil de to sistnevnte variablene inngå i de samme analysene som variabelen for sosial støtte. For øvrig vil betegnelsen yrkesstatus benyttes om kontrollvariabelen som måler respondentens status på arbeidsmarkedet, med følgende kategorier: yrkesaktiv, pensjonist, trygdet, og hjemmeværende/annet. Her vil kategorien for yrkesaktive utgjøre referansegruppen.

4.1 Egenskaper ved utvalget

Jeg vil nå i grove trekk gi et visst overblikk over fordelingen på de ulike variablene. Ettersom forskjeller mellom kvinner og menn vil være gjennomgående for alle analysene, vil jeg skille mellom kjønnene også når det gjelder deskriptiv statistikk. Selve kjønnsfordelingen preges av en svak overvekt av kvinner, som med sine 2192 representanter utgjør 52,6 % av utvalget.

Tabell 4.1 Egenskaper ved utvalget

VARIABLER	KVINNE	MANN
-----------	--------	------

	M (St.Dev.)/	Antall	M (St.Dev.)/	Antall
Alder**	57,01 (10,85)	2192	58,15 (10,91)	1977
Er gift eller samboende*	67,6%	14,81	78,9%	1560
Har egne barn***	86,7%	1900	84,1%	1662
Fysisk helse*	46,50 (11,80)	2159	48,68 (10,16)	1958
Hovedsakelig yrkesaktiv	57,3%	1249	58,3%	1149
Hovedsakelig pensjonist*	24,8%	540	30,5%	601
Hovedsakelig trygdet**	11,3%	246	8,5%	413
Hovedsakelig hjemmeverende/annet	6,6%	143	2,7%	54
Ungdomsskole	19,6%	429	17,4%	341
Videregående	52,7%	1152	54,8%	1072
Høyskole/Universitet	27,6%	603	27,8%	544
Depressivitet (z)**	0,052 (1,03)	2112	-,057 (0,96)	1920
Mestringsfølelse (z)*	-0,055 (1,03)	2150	0,06 (0,96)	1952
Indeks, sosial støtte (z)*	0,09 (1,00)	2192	-0,10 (0,98)	1977
Indeks, naborelasjoner (z)*	-0,06 (0,99)	2131	0,06 (1,00)	1908
Ukentlig samvær	0,03 (0,98)	2192	0,01 (0,10)	1977
Spredtbygd	24,6 %	539	25,9 %	513
Mindre tettsted	11,7 %	256	12,2 %	242
Mellomstort tettsted	8,8 %	193	9,3%	184
Tettbygd	54,9 %	1204	52,5%	1038

T-test for sammenligning av to gjennomsnitt eller chikvadrat-test for krysstabeller:

* Sig. <0,001, ** Sig. <0,01, *** Sig. <0,01

Det viser seg at de to kjønnskategoriene er svært like med hensyn til alder, selv om gjennomsnittet er så vidt høyere for menn enn for kvinner. Spredningen er også relativt stor både for kvinner og menn, tatt i betraktning rammene for dette utvalget. Når det gjelder sivilstand, oppgir et flertall av begge kjønn å ha samboer eller ektefelle. Likevel er denne

andelen klart størst blant mennene. Tilsvarende er det en svært høy andel av respondentene som har ett eller flere barn. Her er andelen størst blant kvinnene.

Videre røper gjennomsnittet for fysisk helse at utvalget som helhet kjennetegnes av relativt god helsetilstand. Spredningen viser likevel en del variasjon, særlig blant kvinnene.

Majoriteten av respondentene betrakter seg hovedsakelig som yrkesaktive. Forskjellen mellom kjønnene er ikke signifikant. En fjerdedel av kvinnene anser seg først og fremst som pensjonist, blant mennene er andelen noe større. Derimot er det en større andel blant kvinnene som betrakter seg hovedsakelig som trygdet. Dette kan muligens ha sammenheng med at fysisk helsetilstand også var noe svakere i denne gruppen. Andelen som oppgir å være hjemmeværende, student eller annet er også størst blant kvinnene.

Kategoriene for utdanning viser at kjønnsforskjellene i utdanningsnivå ikke er statistisk signifikante. Kategorien for ungdomsskole har færrest respondenter, fulgt av kategorien for høyere utdanning. Over halvparten av respondentene oppgir videregående som høyeste fullførte utdanningsnivå.

Variabelen for depressivitet viser som forventet at kvinner skårer høyere på indeksen for depressive symptomer enn menn. Menn skårer tilsvarende noe høyere på variabelen for mestringsfølelse, selv om begge kjønn har relativt høye gjennomsnitt denne variabelen⁶.

Dette innebærer at de fleste opplever det som at de i nokså stor grad har innflytelse over eget liv, og i mindre grad styres av tilfeldighetene og eksterne faktorer. Av standardavviket ser vi at spredningen er relativt beskjeden, og en nærmere titt på frekvensfordelingen (Appendiks 1) viser at det høye gjennomsnittet ikke skyldes ekstreme uteliggere, men at svært mange respondenter har relativt høye skårer. Majoriteten av utvalget gir altså uttrykk for at de opplever nokså høy grad av personlig kontroll. Mennene skårer noe høyere enn kvinnene, men forskjellen er relativt beskjeden.

Indeksen for sosial støtte tyder på at kvinner i noe større grad opplever sosial støtte fra sine nærmeste, enn hva menn gjør. Derimot oppgir menn noe oftere gode naborelasjoner.

Variabelen for samvær viser ingen signifikante kjønnsforskjeller.

⁶ Gjennomsnitt på den ustandardiserte variabelen for mestringsfølelse er 25,10 for kvinner og 25,67 for menn.

Variabelen for sentralitet tilsier at en fjerdedel av kvinnene bor i de mest spredbygde områdene, og en svak overvekt bor i de mest tettbygde områdene. Det er en noe større andel blant mennene som bor i spredtbygde områder eller tettsteder, men forskjellen mellom kjønnene er ikke signifikant.

4.2 Effekten av kjønn og utdanning på mestring og depressivitet.

Jeg vil nå gjøre bruk av regresjonsanalyse for å kartlegge hvorvidt man finner samspill mellom kjønn og utdanning på mestring og depressive symptomer. For å gjøre det enklere å sammenligne effekten på de ulike avhengige variablene, er disse standardisert (se kap.3.1.3).

I følgende regresjonsmodell vil henholdsvis mestringsfølelse og depressivitet utgjøre avhengige variabler. I modell 1 ser man effekten av kjønn og utdanning når disse er kontrollert for hverandre. For å undersøke hvorvidt en finner samspill mellom utdanning og kjønn på mestring og depressivitet, vil jeg innføre samspillsledd i modell 2. Videre vil jeg kontrollere for alder og fysisk helse i modell 3. I analysen av mestringsfølelse vil variabelen for alder kun utgjøres av et førstegradsledd. Da tidligere studier har funnet en kurvelineær sammenheng mellom alder og depressive symptomer, vil jeg i kolonnen for depressivitet også innføre et annengradsledd: Alder kvadrert⁷. Effekten av alder uten kontroll for fysisk helse vil også kommenteres. I modell 4 vil jeg videre undersøke effekten av samboer-/ekteskap og egne barn. Yrkesstatus (yrkesaktiv/pensjonist/trygdet/annet) vil trekkes inn i modell 5, og til slutt vil effekten av sentralitet kommenteres.

Tabell 4.2 Samspill mellom kjønn og utdanning på mestring og depressive symptomer

Modell		Mestring		Depressivitet	
		B	St.Dev.	B	St.Dev.
	(Konstant)	-,420*	,038	,308*	,039

⁷ Nærmere undersøkelser har vist at variabelen for alder ikke blir signifikant i noen av modellene dersom jeg tar i bruk et annengradsledd i analysen av mestringsfølelse. Dette tilsier at sammenhengen mellom alder og mestring ikke er kurvelineær.

1	Kjønn	,106*	,031	-,102**	,031
	Videregående	,390*	,042	-,276*	,043
	Universitet/ Høyskole	,593*	,046	-,418*	,047
2	(Konstant)	-,476*	,048	,408*	,049
	Kjønn	,232*	,072	-,325*	,074
	Videregående	,448*	,056	-,411*	,058
	Universitet/ Høyskole	,684*	,063	-,518*	,064
	Kjønn x videregående	-,131	,084	,297**	,085
	Kjønn x Uni/Høyskole	-,198***	,093	,223**	,095
3	(Konstant)	-,133	,120	3,525*	,462
	Kjønn	,132	,068	-,232**	,071
	Videregående	,226*	,054	-,291*	,056
	Universitet/ Høyskole	,333*	,061	-,316*	,064
	Kjønn x Videregående	-,046	,078	,239**	,082
	Kjønn x Uni/Høyskole	-,076	,087	,186***	,091
	Alder	-,020*	,001	-,075*	,016
	Alder kvadrert	---	---	,001*	,000
	Fysisk helse	,022*	,001	-,024*	,001
4	(Konstant)	-,309***	,127	3,527*	,456
	Kjønn	,133	,068	-,187**	,071
	Videregående	,225*	,054	-,275*	,056
	Universitet/ Høyskole	,346*	,061	-,318*	,063
	Kjønn x Videregående	-,050	,078	,226**	,081
	Kjønn x Uni./Høyskole	-,094	,088	,187***	,091
	Alder	-,020*	,001	-,065*	,016
	Alder kvadrert	---	---	,001*	,000
	Fysisk helse	,022*	,001	-,024*	,001

	Gift eller samboende	,086***	,034	-,346*	,035
	Har barn	,114**	,042	-,040	,044
5	(Konstant)	-,280	,150	3,276*	,479
	Kjønn	,117	,068	-,175**	,071
	Videregående	,201*	,053	-,260*	,056
	Universitet/ Høyskole	,301*	,061	-,287*	,063
	Kjønn x Videregående	-,038	,078	,218**	,081
	Kjønn x Uni/Høyskole	-,079	,087	,177	,090
	Alder	-,015*	,002	-,059*	,017
	Alder kvadrert	---	---	,000**	,000
	Fysisk helse	,018*	,001	-,022*	,002
	Gift eller samboende	,076***	,034	-,342*	,035
	Har barn	,115**	,042	-,043	,044
	Hjemmевærende/annet	-,252*	,069	,232**	,071
	Pensjonist	-,194*	,054	,166**	,063
	Trygdet	-,361*	,056	,201**	,058

* Sig. <0,001, **Sig. < 0,01, ***Sig.<0,05

Tabell 4.2.1 Justert R kvadrert

Modell	Mestring	Depres-
1	,042	,022
2	,042	,024
3	,158	,097
4	,162	,120
5	,171	,125

Den bivariate effekten av kjønn på mestring og depressivitet er henholdsvis 0,116 og -0,109, når man *ikke* har kontrollert for utdanning (Appendiks 2)⁸. Med andre ord har menn noe høyere mestringsfølelse og noe lavere grad av depressive symptomer enn kvinner. Gruppen med grunnskole har lavest grad av mestringsfølelse. Tilsvarende er effekten av videregående henholdsvis 0,388 på mestring, og -0,278 på depressive symptomer når man ikke kontrollerer for kjønn. Disse tendensene er enda sterkere for høyere utdanning, som har effekten 0,592 på mestring og -0,424 på depressive symptomer når man ikke kontrollerer for kjønn (Appendiks 3)⁹. Utdanning synes å ha en sterk effekt på depressivitet, men effekten på mestringsfølelsen er enda sterkere.

Sammenlignet med de bivariate sammenhengene mellom kjønn og mestringsfølelse, ser man i modell 1 at effekten av kjønn på mestringsfølelse og depressive symptomer i liten grad påvirkes når en kontrollerer for utdanningsnivå. Tilsvarende er også endringene i koeffisientene for utdanning svært små. Dette tilsier at kjønnsforskjellen i mestring og depressive symptomer i liten grad skyldes forskjeller i utdanningsnivå mellom kjønnene.

I modell 2 viser konstantene at kvinner med lav utdanning har vesentlig lavere mestringsfølelse og høyere forekomst av depressive symptomer enn gjennomsnittet i utvalget. Koeffisientene for kjønn viser at menn i den laveste utdanningsgruppen har en mestringsskåre på -0,244 (-0,476+0,232), hvilket er høyere enn kvinner i samme utdanningsgruppe (-0,476), men lavere enn utvalgsgjennomsnittet. Når det gjelder depressivitet har disse mennene en z-skåre på 0,083 (0,408-0,325), som er så vidt høyere enn utvalgsgjennomsnittet. I den laveste utdanningsgruppen er kjønnsforskjellene nokså markante, særlig med hensyn til depressivitet.

Videre ser man at kvinner med videregående utdanning har henholdsvis en mestringsskåre på -0,028 (-0,476+0,448) som er så vidt under utvalgsgjennomsnittet, og en depressiv skåre på

8 Disse effektene tilvarer følgende koeffisienter på ustandardiserte variabler: Effekten av kjønn på mestringsskalaen (PMS): 0,564 (Sig.<0,001), Justert R kvadrert: 0,003. Effekten av kjønn på CESD-skalaen -0,879 Sig.<=,001, Justert R kvadrert 0,003

9 Disse effektene tilvarer følgende koeffisienter på ustandardiserte variabler: Effekten av utdanning på mestring (PMS): videregående 1,892, Universitet/Høyskole 2,885. Sig.<0,001 for begge koeffisientene. Justert R kvadrert: 0,039. Effekten av utdanning på depressive symptomer (CESD): videregående: -2,235, Universitet/Høyskole -3,408. Sig.<0,001 for begge koeffisientene. Justert R kvadrert: 0,019.

0,003 (0,408 – 0,411) som er omtrent som utvalgsgjennomsnittet. Mestringsskåren blant menn med videregående utdanning er på 0,073 (-0,476+0,232+0,448-0,131), og skåren for depressive symptomer i denne gruppen er på -0,031 (0,408-0,325-0,411+0,297).

Koeffisienten for samspill mellom kjønn og videregående på mestring er likevel ikke signifikant. Dette tilsier at videregående ikke nødvendigvis har større betydning for mestringsfølelsen blant kvinner enn blant menn. Effekten av videregående utdanning på depressiv skåre hos menn (-0,411+0,297=-0,114) er svakere enn blant kvinner (-0,411). Denne forskjellen er signifikant.

I gruppen med grad fra høyskole/universitet har kvinnene en mestringsskåre på 0,208 (-0,476+0,684) og en depressiv skåre på -0,11 (0,408-0,518), hvilket gir uttrykk for at disse kvinnene har høyere mestringsfølelse og færre depressive symptomer enn respondenter med lavere utdanning, uansett kjønn. Menn med høyere utdanning har en mestringsskåre på 0,242 (-0,476+0,232+0,684-0,198), og en depressiv skåre på -0,212 (0,408-0,325-0,518+0,223).

Ved kontroll for alder (Appendiks 4), finner man en svak reduksjon i kjønnskoeffisientene, særlig i kolonnen for mestringsfølelse. I grunnskolegruppen er kjønnsforskjellen i mestring på 0,201 og -0,313 for depressivitet etter kontroll for alder. Kjønnsforskjeller i den laveste utdanningsgruppen skyldes altså delvis at kvinnene her er eldre enn mennene¹⁰. Etter kontroll for alder er heller ikke koeffisienten for samspill mellom kjønn og høyere utdanning på mestring signifikant. At utdanning har en sterkere effekt på mestringsfølelsen blant kvinner enn blant menn skyldes altså delvis at høyere utdannede kvinner også tilhører yngre aldersgrupper.

Videre ser man av koeffisientene for videregående og høyere utdanning at også disse reduseres tydelig i begge kolonnene, men sterkest i kolonnen for mestring. Dette tilsier at noe av grunnen til at grupper med utdanning har høyere mestringsfølelse og mindre depressivitet enn grupper med lavere utdanning, er at utdannede grupper kjennetegnes av lavere alder.

¹⁰ I grunnskolegruppen er gjennomsnittelig alder for kvinner 62,75 år, mens gjennomsnittet for menn er 61,31 år. T-test for sammenligning av to gjennomsnitt: Sig. = 0,054. I gruppen for videregående er gjennomsnittet for kvinner 56,66 og gjennomsnittet for menn 57,54, (Sig. = 0,06). I den høyeste utdanningsgruppen er kvinner gjennomsnittelig 53,66 år, og menn 57,34. (Sig.<0,001)

Den negative, signifikante alderskoeffisienten tilsier at høyere alder sammenfaller med lavere mestringsfølelse. En femti år gammel kvinne med høy utdanning vil dermed ha en mestringskår på 0,286 ($1,013 + 0,473 - 0,024 \times 50$), som er noe høyere enn det totale utvalgsgjennomsnittet. Tilsvarende vil en jevn gammel mann i samme utdanningsgruppe ha en mestringskår på 0,405 ($1,013 + 0,201 + 0,473 - 0,082 - 0,024 \times 50$), som er betydelig høyere. Tilsvarende vil en 70 år gammel mann med lav utdanning ha en mestringskår på -0,466 ($1,013 + 0,201 - 0,024 \times 70$), som er under utvalgsgjennomsnittet. I samme alders- og utdanningsgruppe vil en kvinne ha -0,667 ($1,013 - 0,024 \times 70$), som er enda lavere.

Før kontroll for fysisk helse, er sammenhengen mellom alder og depressivitet som ventet kurvelineær (Appendiks 4). For en respondent som er 50 år vil effekten av alder på depressive symptomer være -0,9 ($50 \times -0,068 + 50 \times 50 \times 0,001$). En respondent som er 60 år vil ha en alderseffekt på -0,48 ($60 \times -0,068 + 60 \times 60 \times 0,001$). Dermed ser man at effekten av alder medfører færre depressive symptomer i disse gruppene, men effekten avtar med stigende alder. For en respondent som er 70 år vil effekten være 0,14 ($70 \times -0,068 + 70 \times 70 \times 0,001$). Her ser man at effekten av alder på depressive symptomer snarere er positiv; for hvert år eldre respondenten er, dess flere depressive symptomer har vedkommende.

I *modell 3* gir de to konstantene uttrykk for mestring og depressivitet i en rent teoretisk gruppe, idet den må ha verdien 0 på alle uavhengige variabler, inkludert alder og fysisk helse. Videre ser man at kjønnskoeffisienten i mestringskolonnen ikke lenger er signifikant og at kjønnskoeffisienten for depressivitet reduseres noe når en også kontrollerer for fysisk helse. Dette tyder på at kjønnsforskjellene i mestring og depressivitet til dels skyldes at kvinner har dårligere helse enn menn. Videre ser en at effekten av videregående og høyere utdanning for kvinner også reduseres betraktelig, både når det gjelder mestringsfølelse og depressivitet. Dermed ser det ut til at noe av grunnen til at høyere utdanning sammenfaller med høyere mestringsfølelse og lavere grad av depressive symptomer, er at de høyere utdanningsgruppene kjennetegnes av lavere alder og bedre helse.

Samspillsleddene er heller ikke nå signifikant i kolonnen for mestring, og reduseres også i kolonnen for depressivitet etter kontroll for fysisk helse. Dette tilsier at noe av årsaken til at utdanning har en sterkere effekt på depressivitet for kvinner enn for menn er at utdanningsforskjellene i helse er sterkest i den første gruppen.

Samspillskoeffisientene for depressivitet er også noe redusert etter kontroll for alder og fysisk helse. Når en sammenligner respondenter med lik alder og fysisk helsetilstand, er effekten av videregående utdanning på depressivitet -0,291 for kvinner, mens den er -0,052 (-0,291 + 0,239) for menn. Tilsvarende er effekten av høyere utdanning på depressive symptomer hos kvinner -0,316, mens den er -0,13 (-0,316 + 0,186) for menn. Utdanning har en sterkere effekt på depressive symptomer hos kvinnene, også når en kontrollerer for alder og fysisk helse.

Alderskoeffisientene for mestring påvirkes i liten grad av kontroll for fysisk helse. Derimot er effekten av alder på depressivitet noe sterkere. For en 50-åring vil effekten være -1,25, for en 60-åring vil den være -0,9, og for en 70-åring vil effekten av alder være -0,35. For en 80-åring vil derimot effekten av alder være 0,4, altså positiv. Dermed ser man at dårlig fysisk helsetilstand delvis forklarer sammenhengen mellom alder og depressive symptomer. Videre ser man at fysisk helse har en signifikant positiv effekt på mestringsfølelsen og negativ effekt på depressive symptomer. Dette kan forstås som at personer med god helse har høyere mestringsfølelse og færre depressive symptomer enn personer med dårligere fysisk helsetilstand.

I modell 4 ser man at effekten av kjønn og videregående utdanning, alder og fysisk helse på mestring forblir nokså uforandret idet en kontrollerer for samboer-/ekteskap og barn.

Koeffisienten for høyere utdanning forsterkes noe. Denne utdanningsgruppen har altså høyere mestringsfølelse enn grunnskolegruppen til tross for at sistnevnte oftere har barn¹¹.

Den positive koeffisienten for samboer/ekteskap tilsier at respondenter som inngår i slikt forhold, har noe høyere mestringsfølelse enn dem som ikke gjør det, men denne effekten er svak. Det samme kan sies om egne barn; respondenter som selv er forelder oppgir høyere mestringsfølelse enn dem som ikke gjør det. Her er effekten noe sterkere.

I kolonnen for depressive symptomer, finner man at kjønnskoeffisienten er noe redusert. Dette tilsier at kjønnsforskjeller i depressive symptomer delvis skyldes at mennene oftere

¹¹ I den laveste utdanningsgruppen har 67,9 % av respondentene samboer/ektefelle og 87,4 % av respondentene barn. I gruppen for videregående er det 74,6 % som har samboer/ektefelle og 86,3 % som har egne barn. Tilsvarende tall for gruppen med høyere utdanning er 73,5 % og 82,7 %. Chi square for krystabell med utdanningsnivå og sivilstand: Sig.<0,001. Chi square for krystabell med utdanningsnivå og egne barn: Sig. <0,01

inngår i samboer-/ekteskap enn kvinnene. Koeffisienten for videregående er svakt redusert. Med andre ord skyldes effekten av videregående utdanning på depressivitet at denne utdanningsgruppen oftere inngår i samboer-/ekteskap, sammenlignet med grunnskolegruppen. En finner også en svak reduksjon i det tilhørende samspillsleddet for videregående. Kjønnforskjellen i effekten av videregående på depressivitet, reduseres når en sammenligner respondenter med samme sivilstand. Koeffisienten for høyere utdanning og den tilhørende samspillskoeffisienten forholder seg nokså uforandret etter kontroll for sivilstand og egne barn. Koeffisienten for samboer/ekteskap tyder på at respondenter som inngår i slikt forhold, har klart færre depressive symptomer enn dem som ikke gjør det. Egne barn har derimot ingen signifikant effekt på depressivitet.

I modell 5 ser man at effekten av kjønn på depressive symptomer reduseres svakt ved kontroll for yrkesstatus. At kvinner har høyere depressiv skåre enn menn, skyldes delvis at flere av mennene er yrkesaktive. Effekten av videregående og høyere utdanning på mestring og depressivitet er dessuten klart redusert. Dette tilsier at noe av årsaken til at grupper med høyere utdanning kjennetegnes av høyere mestringsfølelse og færre depressive symptomer, skyldes høyere yrkesaktivitet i disse gruppene. I kolonnen for depressivitet finner man også en svak reduksjon i samspillskoeffisientene, og samspill mellom kjønn og høyere utdanning er ikke lenger signifikant. Noe av grunnen til at høyere utdanning har en sterkere effekt på depressivitet blant kvinner enn blant menn, er at høyere utdanning er av større betydning for yrkesaktivitet hos kvinnene.

Når det gjelder effekten av alder, fysisk helse, samboer-/ekteskap og barn, finner man kun marginale endringer ved kontroll for yrkesstatus. Derimot ser man at både gruppen for hjemmeværende/studenter/annet, pensjonister og trygdede har lavere mestringsfølelse og høyere grad av depressive symptomer enn yrkesaktive. Status som trygdet ser ut til å være sterkest forbundet med lav mestringsfølelse. Hjemmeværende/studenter er gruppen som oppgir flest depressive symptomer.

Kontroll for sentralitet (Appendiks 5) påvirker ikke kjønnskoeffisientene nevneverdig. Derimot ser man at begge koeffisientene for utdanning reduseres noe i kolonnen for mestringsfølelse. Dette tilsier at noe av grunnen til at grupper med videregående og høyere utdanning rapporterer høyere mestring, skyldes at de førstnevnte gruppene i større grad bor i større tettsteder. Når man holder sentralitet konstant, ser man også at koeffisientene for utdanning forsterkes noe i kolonnen for depressive symptomer. Dette kan forstås som at

effekten av videregående og høyere utdanning på depressive symptomer er enda sterkere om man sammenligner individer som bor i like sentrale områder. De øvrige koeffisientene endres minimalt ved kontroll for sentralitet, både når det gjelder mestring og depressivitet. En finner ingen signifikante forskjeller mellom individer i de mest spredtbygde områdene, sammenlignet med respondenter i små tettsteder, verken når det gjelder mestringsfølelse eller depressive symptomer. Respondenter som bor i de mest sentrale områdene oppgir derimot både høyere grad av mestring og høyere grad av depressivitet, sammenlignet med individer i de mest spredtbygde områdene.

Av Justert R Kvadrert kan en lese at effekten av kjønn, utdanning og samspillet mellom disse ikke forklarer mer enn 4 % av variasjonen i mestringsfølelse og 2 % av variasjonen i depressive symptomer. Kontroll for alder øker forklaringsverdien til 10 % for mestringsfølelse, men utgjør liten forskjell for forklaringsverdien for depressive symptomer. Kontroll for fysisk helse høyner forklaringsverdien til henholdsvis ca 16 og 12 %. Kontroll for familiære forhold øker verdien med litt over 2 % for begge variablene. Yrkesstatus og sentralitet har lav forklaringsverdi. Med andre ord har jeg funnet signifikant samspill mellom kjønn og utdanning på mestringsfølelse og depressive symptomer. Likevel har disse faktorene svært liten forklaringsverdi i så måte.

4.3 Fordelingen av sosiale ressurser

Jeg vil nå se nærmere på hvorvidt de ulike faktorene påvirker sosial støtte, ukentlig samvær og naborelasjoner. I tabellen som presenteres under, vil jeg først innføre kjønn og utdanning som uavhengige variabler, da betydningen av disse faktorene står sentralt i denne studien. I analysen som er vist her, vil jeg ikke inkludere produktet mellom kjønn og utdanning som eget samspillsledd, da en slik sammenheng ligger utenfor min problemstilling¹². I modell 2 vil jeg innføre alder og fysisk helse som uavhengige variabler¹³. Videre vil jeg kontrollere for samboer/ekteskap og barn i modell 3, samt yrkesstatus i modell 4.

¹² Nærmere analyser viser likevel at en ikke finner signifikant samspill mellom kjønn og utdanning på sosial støtte eller samvær. Produktet av kjønn og videregående har heller ingen signifikant effekt på naborelasjoner, men produktet av kjønn og høyskole/universitet har en effekt som er signifikant på 5%-nivået: -0,206*** (Appendiks 6). Denne koeffisienten tilsier at den negative effekten av høyere utdanning på naborelasjoner er sterkere blant kvinner enn blant menn.

¹³ Nærmere undersøkelse viser at koeffisienten for alder kvadrert ikke blir signifikant i disse modellene. En finner altså ingen kurvelineær effekt av alder på sosial støtte, ukentlig samvær eller naborelasjoner.

Tabell 4.3 Fordelingen av sosiale ressurser

		Sosial støtte (z)		Samvær (z)		Naborelasjoner(z)	
	Kontrollvariabler	B	St.D	B	St.D	B	St.D.
1	(Konstant)	-,281*	,038	,119**	,038	,174*	,039
	Kjønn	-,204*	,030	-,040	,031	,129*	,031
	Videregående	,381*	,041	-,018	,041	-,205*	,042
	Universitet/Høyskole	,646*	,046	-,241*	,046	-,422*	,047
2	(Konstant)	1,031*	,117	1,146*	,121	,289***	,126
	Kjønn	-,185*	,029	-,021	,030	,130*	,032
	Videregående	,228*	,040	-,112**	,041	-,223*	,043
	Universitet/Høyskole	,428*	,045	-,367*	,047	-,448*	,049
	Alder	-,026*	,001	-,018*	,001	-,003	,001
	Fysisk helse	,006*	,001	,001	,001	,001	,001
3	(Konstant)	,169	,117	,460*	,123	-,048	,132
	Kjønn	-,230*	,028	-,013	,029	,095**	,032
	Videregående	,216*	,038	-,110**	,040	-,231*	,043
	Universitet/Høyskole	,448*	,043	-,337*	,045	-,444*	,048
	Alder	-,023*	,001	-,018*	,001	-,001	,001
	Fysisk helse	,005*	,001	,001	,001	,001	,001
	Gift eller samboende	,509*	,032	,103**	,034	,313*	,037
	Har barn	,495*	,040	,729*	,042	,063	,045

4	(Konstant)	,147	,139	,701*	,147	,016	,158
	Kjønn	-,233*	,028	-,014	,030	,095**	,032
	Videregående	,214*	,038	-,113**	,040	-,232*	,043
	Universitet/Høyskole	,441*	,043	-,338*	,045	-,445*	,049
	Alder	-,022*	,002	-,022*	,002	-,002	,002
	Fysisk helse	,005*	,001	,000	,001	,000	,002
	Gift eller samboende	,508*	,032	,105**	,034	,314*	,037
	Har barn	,495*	,040	,729*	,042	,063	,045
	Hjemmевærende/annet	-,090	,066	,065	,069	,021	,075
	Pensjonist	-,043	,052	,124***	,054	,035	,059
	Trygdet	-,040	,053	-,071	,056	-,016	,060

*Sig. <0,001, **Sig. < 0,01, ***Sig.<0,05

Tabell 4.3.1 Justert R kvadrert

Modell	Sosial støtte	Samvær	Nabo-relasjoner
1	,055	,010	,024
2	,139	,047	,024
3	,236	,122	,044
4	,236	,123	,044

Uten kontroll for andre variabler, er effekten av kjønn -0,192 på *sosial støtte* og 0,120 på *naborelasjoner* (Appendiks 7). Dette tilsier at menn oppgir mindre sosial støtte, men bedre naborelasjoner enn kvinner. Effekten av kjønn på samvær er ikke signifikant. Når det gjelder effekten av utdanning på *sosial støtte* (Appendiks 8), er konstanten negativ, mens effekten av videregående utdanning er på 0,375 og effekten av høyere utdanning er på 0,641 når en ikke

kontrollerer for øvrige variabler. Dette tilsier at opplevelsen av *sosial støtte* øker i takt med stigende utdanningsnivå. Når det gjelder samvær, er forholdene nokså annerledes. Her er konstanten svakt positiv, effekten av videregående er ikke signifikant, mens effekten av høyere utdanning er tydelig negativ: -0,246. Her finner en altså små forskjeller mellom de to laveste utdanningsgruppene, mens gruppen med grad fra høyskole/universitet har ukentlig *samvær* med færre av sine nærmeste¹⁴. Når man undersøker utdanningseffekten på naborelasjoner viser det seg at konstanten er tydelig positiv 0,229, effekten av videregående er tilsvarende negativ -0,202, mens koeffisienten for høyskole/universitet er ytterligere negativ: -0,418. Dess høyere utdanning en gruppe kjennetegnes av, dess mindre *kontakt med naboene* har den.

I modell 1 røper de tre konstantleddene at kvinner med lav utdanning rapporterer mindre *sosial støtte*, noe høyere grad av *samvær* og noe bedre *naborelasjoner* enn det samlede gruppegjennomsnittet. Videre ser man at effekten av kjønn på *sosial støtte*, *samvær* og *naborelasjoner* i liten grad endres ved kontroll for utdanning. Dette tilsier at forskjellen mellom kjønnene forekommer på tvers av utdanningsgruppene. Koeffisientene for videregående og høyere utdanning endres heller ikke nevneverdig når man holder kjønn konstant. Dette tilsier at effekten av utdanning på *sosial støtte*, *samvær* og *naborelasjoner* i liten grad skyldes kjønnssammensetningen i de ulike utdanningsgruppene.

Videre finner man at effekten av kjønn på *sosial støtte* reduseres noe ved kontroll for alder (Appendiks 10). Dette kan forstås som at noe av grunnen til at kvinner oppgir mer sosial støtte enn menn, er at kvinnene også er noe yngre. Effekten av kjønn på *samvær* og *naborelasjoner* påvirkes i liten grad av at man også holder alder konstant. Derimot reduseres effekten av videregående og høyere utdanning på sosial støtte ved innføring av disse kontrollvariablene. Dette tilsier at noe av årsaken til at grupper med høyere utdanning gir uttrykk for mer *sosial støtte*, er at disse kjennetegnes av lavere alder. Ved kontroll for alder forsterkes dessuten effekten av videregående på samvær, og denne blir signifikant negativ. Dette tilsier at gruppen med lavest utdanning har ukentlig samvær med flest andre, og

¹⁴ Ettersom den høyeste utdanningsgruppen skårer høyest på sosial støtte, men samtidig oppgir mindre samvær med sine nærmeste enn de lavere utdanningsgruppene, kunne en tro at korrelasjonen mellom samvær og støtte er sterkere i denne utdanningsgruppen enn de øvrige. Korrelasjonen mellom samvær og støtte er henholdsvis 0,234 for den laveste utdanningsgruppen, 0,256 i gruppen med videregående og 0,245 i gruppen med høyere utdanning. Alle korrelasjonskoeffisientene har $\text{sig.} < 0,01$ (Appendiks 9).

gruppen med videregående utdanning har *samvær* med flere andre enn gruppen med høyere utdanning, dersom man sammenligner respondenter som ellers er like med hensyn til kjønn og alder. Kontroll for disse variablene medfører kun små endringer i effekten av utdanning på naborelasjoner. Koeffisientene for alder viser at økende alder sammenfaller med lavere grad av sosial støtte og ukentlig samvær med færre andre. Alder har ingen signifikant effekt på naborelasjoner.

I modell 2 ser vi at effekten av kjønn på sosial støtte, *samvær* og *naborelasjoner* også er nokså upåvirket av at fysisk helse innføres som kontrollvariabler i modellen. Det samme gjelder effekten av videregående og høyere utdanning. I denne modellen ser man også at fysisk helse har en signifikant effekt på *sosial støtte*, men ikke på *samvær* eller *naborelasjoner*.

I modell 3 finner man at effekten av kjønn på *sosial støtte* forsterkes noe ved kontroll for sivilstatus og barn. Dette kan forstås som at kjønnsforskjellen i sosial støtte er enda sterkere blant respondenter som ellers er like med hensyn til familiære forhold. Tilsvarende reduseres effekten av kjønn på naborelasjoner. Dermed ser det ut til at noe av grunnen til at menn har bedre naborelasjoner, er at disse i større grad inngår i parforhold, hvilket øker sannsynligheten for gode naborelasjoner.

Effekten av videregående på sosial støtte reduseres svakt, mens effekten av høyere utdanning på *sosial støtte* forsterkes noe ved kontroll for sivilstand og barn. Noe av grunnen til at respondenter med videregående oppgir høyere grad av sosial støtte enn den laveste utdanningsgruppen, synes å være at førstnevnte gruppe oftere har samboer/ektefelle.

Gruppen med høyere utdanning skårer derimot høyere på sosial støtte til tross for at denne gruppen sjeldnere har partner og/eller barn. Effekten av videregående på samvær er nokså upåvirket av kontroll for sivilstand og barn, mens effekten av høyere utdanning blir noe redusert. At den høyeste utdanningsgruppen har ukentlig samvær med færre andre enn lavere utdanningsgrupper skyldes delvis at denne gruppen sjeldnere har egne barn ¹⁵.

Effekten av utdanning på *naborelasjoner* påvirkes i liten grad av kontroll for sivilstand og barn. Man finner heller ikke endringer i effekten av alder eller fysisk helse på *sosial støtte*, *samvær* eller *naborelasjoner*. Koeffisientene for samboer-/ekteskap viser at gruppen som

¹⁵ Se fotnote kapittel 4.2

inngår i slikt forhold, oppgir vesentlig høyere grad av *sosial støtte*, til en viss grad har ukentlig *samvær* med flere andre, og bedre *naborelasjoner* enn respondenter som ikke inngår i slikt forhold. Tilsvarende finner man at respondenter med egne barn oppgir betydelig høyere grad av sosial støtte, og ukentlig samvær med flere andre enn respondenter uten egne barn. Hvorvidt man har egne barn eller ikke, har ingen signifikant betydning for *naborelasjoner*.

I modell 4 ser man at effekten av kjønn, utdanning, alder, fysisk helse, sivil status og egne barn på *støtte, samvær og naborelasjoner* i liten grad påvirkes av kontroll for yrkesstatus. Videre ser man at ingen av de ulike gruppene for yrkesstatus har signifikant effekt på hverken *sosial støtte* eller *naborelasjoner*. Derimot ser man at pensjonister oppgir noe høyere grad av ukentlig samvær enn yrkesaktive. Hjemmeværende og trygdede skiller seg ikke fra de yrkesaktive med hensyn til ukentlig samvær.

Kontroll for sentralitet (Appendiks 11) innebærer ingen endring i effekten av kjønn på *sosial støtte*. Derimot ser man at effekten av videregående og høyere utdanning reduseres noe. Dette tilsier at noe av grunnen til at respondenter med høy utdanning rapporterer mer *sosial støtte*, har sammenheng med at disse i større grad er bosatt i områdene med høyest tetthet. De øvrige koeffisientene endres lite når det gjelder sosial støtte. Koeffisientene for sentralitet viser at det ikke er signifikante forskjeller mellom respondenter som bor i de mest spredtbygde områdene og dem som bor i mindre og mellomstore tettsteder. Derimot finner en at respondenter bosatt i områdene med høyest tetthet, rapporterer noe høyere grad av *sosial støtte* enn respondenter i de mest spredtbygde områdene.

Heller ikke når det gjelder *samvær*, finner man heller endring i kjønnskoeffisienten etter kontroll for sentralitet. Derimot er koeffisientene for videregående og høyere utdanning også her betydelig redusert, særlig den sistnevnte. Dette tyder på at noe av grunnen til at grupper med videregående og høyere utdanning rapporterer ukentlig *samvær* med færre andre, er at disse utdanningsgruppene oftere er bosatt i områdene med høyest tetthet, hvor hyppigheten av slikt samvær er sjeldnere. Videre finner man kun minimale endringer i effekten av alder og fysisk helse. Effekten av samboer-/ekteskap og egne barn reduseres svakt. At gifte/samboere oppgir ukentlig *samvær* med flere andre, skyldes til dels at grupper som inngår i slikt parforhold og/eller har egne barn oftere er bosatt i spredtbygde områder. Koeffisientene for hjemmeværende/annet og trygdede er ikke signifikante verken før eller etter kontroll for sentralitet. Derimot får koeffisienten for pensjonister en svak reduksjon. At

denne gruppen har ukentlig samvær med flere andre enn yrkesaktive, skyldes til dels at pensjonistene oftere er bosatt i spredtbygde strøk. Koeffisientene for sentralitet viser at en ikke finner signifikante forskjeller mellom respondenter i de mest spredtbygde områdene og respondenter i mindre og mellomstore tettsteder. Koeffisienten for de mest tettbygde områdene viser at respondentene herfra oppgir ukentlig samvær med betydelig færre enn respondenter i de mest spredtbygde områdene.

Når det gjelder naborelasjoner, ser man at effekten av kjønn reduseres noe ved kontroll for sentralitet. Med andre ord skyldes kjønnsforskjellen i naborelasjoner til dels at menn oftere enn kvinner er bosatt i spredtbygde områder, hvor tett nabokontakt forekommer oftere. Videre ser man at både effekten av videregående og høyere utdanning reduseres betydelig når man holder sentralitet konstant. Med andre ord skyldes forskjeller i naborelasjoner mellom utdanningsgruppene i stor grad at grupper med videregående og høyere utdanning oftere er bosatt i tettbygde områder. Koeffisientene for alder og fysisk helse endres ikke nevneverdig. Koeffisienten for samboer-/ekteskap reduseres noe, hvilket tilsier at noe av grunnen til at respondenter som inngår i slikt parforhold oppgir tettere naborelasjoner, er at disse oftere bor i spredtbygde områder. Koeffisientene for sentralitet viser at respondenter i mindre og mellomstore tettsteder oppgir mindre nabokontakt enn respondenter i de mest spredtbygde områdene. Respondenter som bor i de mest tettbygde områdene oppgir mye lavere grad av nabokontakt enn respondenter i de mest spredtbygde områdene. Denne effekten er svært sterk.

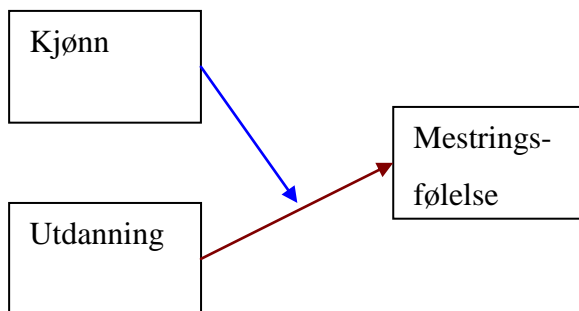
En titt på justert R i annen viser at kjønn og utdanning har lav forklaringsverdi for de avhengige variablene, særlig *samvær og naborelasjoner*. Ved innføring av alder forklarer man nesten 14 % av variasjonen i sosial støtte, men fremdeles svært lite av variasjonen i samvær og naborelasjoner (Appendiks 10). Kontroll for fysisk helse utgjør nesten ingen forskjell. Sivilstand og egne barn øker forklaringsverdien for *sosial støtte* til nesten 24%, og har høy forklaringsverdi for samvær, men forklarer lite av variasjonen i *naborelasjoner*. Yrkesstatus forbedrer ikke forklaringsverdien nevneverdig for noen av de avhengige variablene. Ved kontroll for sentralitet forklares 23,7 % av variasjonen i sosial støtte, og 13,6% av variasjonen i samvær. Kontroll for sentralitet (Appendiks 11) har særlig betydning for forklaringsverdien for naborelasjoner, som økes til hele 16,9 %.

4.4 Oppsummering

Resultatene fra analysene i kapittel 4 kan oppsummeres i følgende kausalmodeller. Røde piler viser positive sammenhenger, blå piler viser negative sammenhenger.

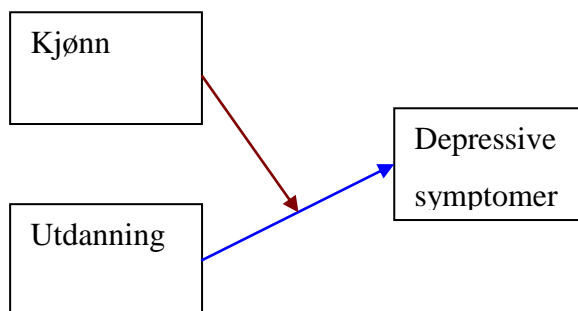
Regresjonsanalysene i kapittel 4.2 har ikke gitt støtte for H1, om at effekten av utdanning for mestringsfølelsen er lik for begge kjønn. Den positive sammenhengen mellom utdanning og mestring er snarere sterkere for kvinner enn for menn:

Figur 4.1 Samspill mellom kjønn og utdanning på mestringsfølelse



Analysene har videre gitt støtte for H2, at den negative sammenhengen mellom utdanning og depressivitet er sterkere for kvinner enn for menn:

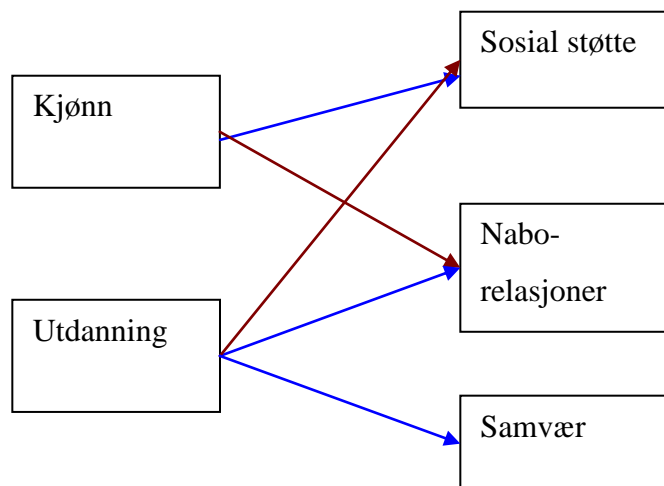
Figur 4.2 Samspill mellom kjønn og utdanning på mestringsfølelse



Samspillet mellom kjønn og utdanning på mestring og depressivitet synes å ha sammenheng med forskjeller i fysisk helse. Forklaringsverdien for samspill mellom kjønn og utdanning likevel nokså lav. Reduksjon av depressivitet sammenfaller med gjerne med økning i mestring, eller omvendt. I enkelte tilfeller er betydningen av enkelte kontrollvariabler likevel vesentlig sterkere for en av de to avhengige variablene. Eksempelvis er den negative effekten av samboer-/ekteskap på depressivitet svært mye sterkere enn variabelens positive effekt på mestringsfølelse. Ved kontroll for sentralitet fant jeg dessuten at å bo i mest tettbygde

områdene gir høyere mestringsfølelse, men også flere depressive symptomer. Fordelingen av sosiale ressurser kan illustreres gjennom følgende figur:

Figur 4.3 Kjønn, utdanning og sosiale ressurser



Her ser man at jeg har funnet støtte for H5: Kvinner opplever mer sosial støtte enn menn. I den forbindelse synes det likevel nødvendig å poengtere at menn derimot gir uttrykk for bedre naborelasjoner. Kjønn har ingen signifikant effekt på ukentlig samvær. Tilsvarende har jeg fått støtte for H4: Høyt utdannede gir uttrykk for mer sosial støtte enn lavt utdannede. Derimot laveste utdanningsgruppen best naborelasjoner, og den høyeste utdanningsgruppen skårer aller lavest på denne indeksen. Denne sammenhengen er knyttet til forskjeller i utdanningsnivå og kontakt med naboer mellom spredtbygde og tettbygde områder. Gruppen med utdanning fra høyskole/universitet har for øvrig ukentlig kontakt med færre personer enn de øvrige utdanningsgruppen.

For øvrig har jeg funnet at økende alder sammenfaller med lavere grad av sosial støtte, samt ukentlig samvær med færre personer, men har ingen betydning for naborelasjoner. Samboer-/ekteskap og barn sammenfaller også med mer sosial støtte og ukentlig samvær med flere personer. Personer med samboer-/ektefelle oppgir dessuten noe høyere grad av naborelasjoner. Her har barn ingen betydning.

5. Forholdet mellom mestring, sosiale ressurser og depressivitet

I de følgende analysene vil jeg fokusere på sammenhengene mellom mestring, sosiale ressurser og depressive symptomer. I den anledning vil jeg undersøke om korrelasjonen mellom mestringsfølelse og depressive symptomer er sterkere blant kvinner enn blant menn (H3), samt om sammenhengen mellom mestringsfølelse er sterkere blant respondenter med lav grad av sosiale ressurser, sammenlignet med respondenter med høy skåre på disse variablene (H6). Som sagt tidligere, er det grunn til å tro at mestringsfølelse, sosial kontakt og ens oppfatning av relasjonene en inngår påvirker depressivitet, men at effekten i noen grad også går motsatt vei. Av den grunn vil jeg først benytte korrelasjonsanalyse, som undersøker disse sammenhengene uten å implisere en bestemt årsaksretning. Etterpå vil jeg likevel belyse samspillseffekten mellom sosiale ressurser og mestring på depressivitet ytterligere ved hjelp av regresjonsanalyse.

Begrunnelsen for en slik analytisk ”ekstraomgang” er todelt. Regresjonsanalyse benyttes gjerne når formålet med analysen er å avklare i hvilken grad variasjon i visse variabler skyldes påvirkning fra bestemte andre variabler. Likevel poengterer Skog (Skog 2005, 214) at regresjonsanalyse også er egnet til analyse av sammenhenger der spørsmål om årsaksretningen er av underordnet betydning. Denne argumentasjonen taler for at regresjon kan benyttes for å få bedre innsikt i hvilke kontrollvariabler som påvirker sammenhenger mellom mestringsfølelse, sosiale ressurser og depressive symptomer. En korrelasjonsanalyse der en rekke kontrollvariabler er kodet som dummyvariabler, vil trolig gi et mindre oversiktelig resultat. Regresjonsanalyse kan også gi et innblikk i sammenfallende variasjon i verdier på ulike variablene, selv om en tar høyde for at årsakssammenhengen mellom disse kan være komplisert.

For det andre foreligger det en rekke eksempler på tidligere teoretiske bidrag og studier hvor sosial støtte og/eller mestringsfølelse antas å påvirke depresjon, uten at kausaliteten i sammenhengen diskuteres nøyere (Turner m.fl.1999c, 665, Turner & Noh 1983, 13, Ross & Mirowsky 2006, 1409, Thoits 1999, 127, Elstad 1998, 605). Selv om fraværet av slik diskusjon i tidligere studier ikke rettferdiggjør metodiske ”snarveier” i denne undersøkelsen,

synes det relevant å kartlegge resultatet av begge tilnærmingene, for å få en mest mulig adekvat forståelse av sammenhengene.

5.1 Korrelasjoner mellom depressive symptomer, mestringsfølelse og sosiale ressurser

Jeg vil nå undersøke hvilke sammenhenger som forekommer mellom depressive symptomer, mestring og sosiale ressurser ved hjelp av korrelasjonsanalyse, nærmere bestemt Pearsons r. I den anledning vil jeg først gjennomgå se nærmere på hvordan variablene sosial støtte, naborelasjoner, samvær og mestring korrelerer med hverandre blant kvinner og menn. I følgende tabell vil det hvite feltet oppe til høyre angi koeffisientene for menn, mens det grå feltet nede til venstre vil angi sammenhengene for kvinner.

Tabell 5.1 Korrelasjon mellom mestring og sosiale ressurser

		Sosial støtte	Nabo-relasjoner	ukentlig samvær	Mestring
Sosial støtte	Korr	1,000	,111*	,197*	,272*
Nabo-Relasjoner	Korr	,144*	1,000	,223*	,063*
Ukentlig samvær	Korr	,271*	,218*	1,000	,086*
Mestring	Korr	,301*	,091*	,110*	1,000

Det grå feltet nede til venstre angir koeffisientene for kvinner (N=2039), det hvite feltet oppe til høyre angir koeffisienter for menn (N=1853). * Sig. <0,001, **Sig. < 0,01, ***Sig.<0,05

I denne modellen ser man at sosial støtte er positivt korrelert med naborelasjoner, ukentlig samvær og mestring hos begge kjønn. Slike sammenhenger tilsier at personer som opplever høy grad av sosial støtte jevnt over også kjennetegnes av bedre naborelasjoner, ukentlig samvær med flere personer samt høyere mestringsfølelse enn individer som gir uttrykk for lavere sosial støtte. Disse korrelasjonene er sterkest blant kvinnene. Videre ser man at også

naborelasjoner er positivt korrelert med ukentlig samvær hos begge kjønn; respondenter som opplever positiv kontakt med naboene er også mer tilbøyelig til å ha ukentlig samvær med flere andre. Denne gruppen gir til en viss grad også uttrykk for noe høyere mestringsfølelse enn respondenter med lite naborelasjoner. En finner også en positiv sammenheng mellom mestring og samvær; grupper med høy mestringsfølelse har gjerne ukentlig samvær med flere andre enn grupper med lav mestringsfølelse.

Korrelasjon mellom depressivitet og henholdsvis mestring, sosiale ressurser og produktledd

Videre har jeg undersøkt nærmere hvordan hver og en av disse variablene korrelerer med depressivitet, før og etter kontroll for de øvrige variablene. Deretter vil jeg se på sammenhengen mellom depressivitet og produktet av mestring og hver av de sosiale ressursene.

Tabell 5.2 Korrelasjon mellom depressivitet og henholdsvis mestring, sosiale ressurser og produktledd

Modell		Kontroll-variabler	Variabler	DEPRESSIVITET	
				Kvinner	Menn
1	1.1	Ingen	Mestring	-,527*	-,500*
	1.2	Sosial støtte, naborelasjoner, samvær	Mestring	-,475*	-,457
2	2.1	Ingen	Sosial støtte (z)	-,317*	-,291*
	2.2	Naborelasjoner, samvær, mestring	Sosial støtte (z)	-,181*	-,174*
	2.3	Naborelasjoner, samvær, mestring, sosial støtte	Sosial støtte x mestringsfølelse	,068**	,078**
3	3.1	Ingen	Samvær	-,101*	-,083*
	3.2	Naborelasjoner, sosial støtte, mestring	Samvær	,021	,012

	3.3	Naborelasjoner, samvær, mestring, sosial støtte	Samvær x mestringsfølelse	,040	,027
4	4.1	Ingen	Naborelasjoner (z)	-,167*	-,150*
	4.2	Sosial støtte, samvær, mestring, naborelasjoner	Naborelasjoner (z)	-,122*	-,122*
	4.3	Naborelasjoner, samvær, mestring, sosial støtte	Naborelasjoner x mestringsf.	,058**	,063**

* Sig. <0,001, **Sig. < 0,01, ***Sig.<0,05

I modell 1.1 ser man at det eksisterer en svært sterk sammenheng mellom mestring og depressivitet. Nærmere analyser (ikke vist) konkluderer med forskjellen mellom koeffisienten for kvinner og koeffisienten for menn ikke er signifikant. Dermed har jeg ikke fått støtte for H3: mestringsfølelse har ikke større betydning for depressivitet blant kvinner enn blant menn. Korrelasjonen reduseres noe når en kontrollerer for sosiale ressurser i modell 1.2. Dette tilsier at noe av grunnen til at personer med høy mestringsfølelse oppgir færre depressive plager, er at disse også opplever mer sosial støtte og/eller bedre naborelasjoner. Sammenhengen forblir likevel bemerkelsesverdig sterk, selv etter denne reduksjonen. I modell 2.1 finner man en sterk, negativ sammenheng mellom sosial støtte og depressivitet hos begge kjønn. Grupper som opplever mye sosial støtte oppgir i mindre grad depressive plager enn grupper med mindre støtte. I modell 2.2 ser man at denne sammenhengen reduseres markant når man kontrollerer for naborelasjoner, ukentlig samvær og mestring. Dette tyder på at en del av korrelasjonen mellom sosial støtte og depressivitet skyldes at gruppen som oppgir høy grad av sosial støtte også har bedre naborelasjoner, ukentlig samvær med flere andre og/eller høyere mestringsfølelse enn andre. I modell 2.3 finner man at produktet av sosial støtte og mestring er positivt korrelert med depressive symptomer hos både kvinner og menn. Dette er i tråd med det en kan forvente seg ut fra functional substitution hypothesis, som hevder at den negative effekten av sosial støtte på depressivitet er sterkere hos personer med lav mestringsfølelse, og at mestringsfølelse er av større betydning for depressive symptomer hos personer med lite sosial støtte.

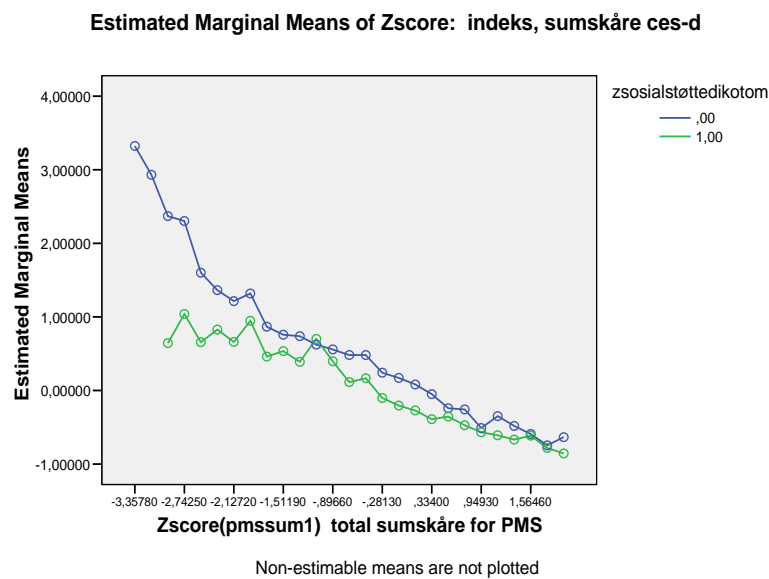
Modell 3.1 viser en noe svakere negativ sammenheng mellom ukentlig samvær og depressivitet, personer som oppgir ukentlig samvær med flere personer, gir til en viss grad

også uttrykk for færre depressive plager. Denne sammenhengen blir ikke lenger signifikant når en kontrollerer for de øvrige variablene. Sammenhengen mellom samvær og depressivitet skyldes at personer som har ukentlig samvær med flere personer også opplever høyere grad av sosial støtte, bedre naborelasjoner og/eller kjennetegnes av høyere mestringsfølelse. I modell 3.3 finner man at en tilsvarende sammenheng mellom depressive symptomer og produktet av samvær og mestring ikke gjør seg gjeldende. Dermed ser det ikke ut til at samvær med andre kan kompensere for høy mestringsfølelse i å redusere depressive symptomer.

Modell 4.1 og 4.2 viser sammenhengen mellom naborelasjoner og depressivitet. Også her finner en signifikante negative sammenhenger blant begge kjønn. Korrelasjonen reduseres noe når en også kontrollerer for mestring, sosial støtte og ukentlig samvær, men er fremdeles signifikant. I modell 4.3 finner man også at produktet av naborelasjoner og mestring er positivt korrelert med depressivitet hos begge kjønn. Dette tilsier at naborelasjoner forholder seg til mestringsfølelse og depressive symptomer på samme måten som sosial støtte. Sammenhengen mellom mestringsfølelse og depressive symptomer blir sterkere i tilfeller hvor individet har lite kontakt med naboene, og sammenhengen mellom naborelasjoner og depressivitet er sterkere for respondenter med lav mestringsfølelse enn for dem som gir uttrykk for høy grad av mestring.

Følgende figur illustrerer sammenhengen mellom depressivitet og mestring for grupper med ulik grad av sosial støtte, etter kontroll for samvær og naborelasjoner. Den blå linjen (0) viser sammenhengen mellom mestring og depressive symptomer blant respondenter som rapporterer gjennomsnittelig eller lavere grad av sosial støtte. Den grønne linjen (1) viser tilsvarende forhold for gruppen som har over gjennomsnittelig grad av sosial støtte.

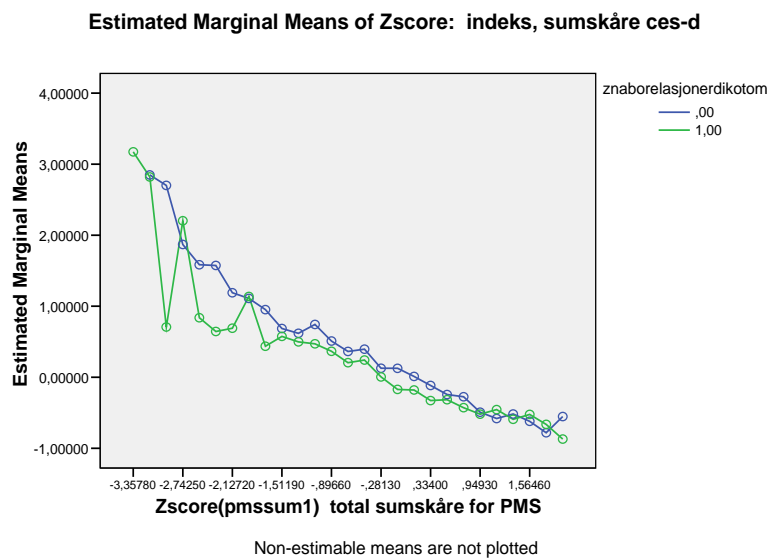
Figur 5.1 Forholdet mellom depressivitet og mestring for grupper med ulik grad av sosial støtte



Figur 5.1.1 illustrerer hvordan depressivitet varierer med mestringsfølelse for gruppen med henholdsvis gjennomsnittelig grad av sosial støtte eller lavere, og gruppen som opplever høyere grad av sosial støtte enn gjennomsnittet. Graden av depressivitet synker i takt med økende mestringsfølelse for begge grupper. Gruppen med lavest grad av sosial støtte har jevnt over høyere grad av depressivitet enn gruppen med høy sosial støtte, selv om forskjellen er relativt liten. I den grad en finner forskjeller mellom disse gruppene, er det særlig blant respondenter med lav mestringsfølelse.

Jeg vil nå se nærmere på sammenhengen mellom depressivitet og mestring i grupper med ulik grad av naborelasjoner. Figuren er kontrollert for sosial støtte og samvær. Den blå linjen (0) viser sammenhengen mellom mestring og depressive symptomer blant respondenter som skårer gjennomsnittelig eller lavere på naborelasjoner. Den grønne linjen (1) viser tilsvarende forhold for gruppen som har over gjennomsnittelig skåre på denne variabelen.

Figur 5.2 Forholdet mellom depressivitet og mestring for grupper med ulike naborelasjoner



Tilsvarende ser man i figur to at også betydningen av gode naborelasjoner særlig kommer til uttrykk i gruppen med svært lavt mestringsnivå. I denne gruppe ser man riktignok at også en del av dem med gode naborelasjoner skårer høyt på depressivitet, men man finner også til dels vesentlige forskjeller i depressivitet mellom gruppen med god naborelasjoner og gruppen med gjennomsnittelig eller lavere skåre på denne variabelen. Dermed synes det nærliggende å undersøke om korrelasjonen mellom depressivitet og produktet av mestring og sosiale ressurser er sterkere i grupper kjennetegnet av lav sosial støtte eller liten naborelasjoner, sammenlignet med grupper som skårer høyt på disse variablene.

5.2 Regresjonsanalyse av samspill mellom mestring og sosiale ressurser på depressivitet

Jeg vil nå gjøre bruk av regresjon i håp om å belyse sammenhengene ytterligere. Av hensyn til modellenes oversiktighet vil variabelen for mestring i følgende tabeller være ustandardisert, mens variablene sosial støtte, samvær og naborelasjoner er dikotomiserte.

Gjennom separate analyser (Appendiks 12) kan man belyse H3, hvorvidt mestringsfølelse har en sterkere effekt på depressive symptomer blant kvinner enn blant menn. Ved hjelp av formelen hos Skog (2005, 302) har jeg undersøkt om koeffisienten for mestring blant kvinner er signifikant forskjellig fra koeffisienten blant menn. Denne gir en t-verdi på -1,06, som

ikke er signifikant på 5 %-nivået (Appendiks 12). Dette er i tråd med resultatene i korrelasjonsanalysen.

Hypotesen om at sammenhengen mellom mestringsfølelse og depressivitet er betinget av sosiale ressurser (H6) vil belyses i følgende tabell. Denne viser to regresjonsanalyser hvor depressive symptomer (z-score) utgjør avhengig variabel. I kolonne A vil samspillsleddet bestå av produktet mellom sosial støtte og mestringsfølelse, i kolonne B vil samspillsleddet bestå av produktet av naborelasjoner og mestringsfølelse. I den følgende tabellen som vises her, vil jeg utelukkende vise modell 3 og modell 9, som viser sammenhengen mellom depressivitet og produktleddet av mestring og sosial støtte/naborelasjoner, før og etter kontroll for øvrige faktorer. De resterende modellene vises i Appendiks 13-17, da hovedtendensene i disse modellene allerede har vært presentert i korrelasjons- og regresjonsanalyser tidligere i kapitlene. Av samme grunn vil fortrinnsvis kommentere endringer som berører koeffisientene for sosial støtte, samvær, naborelasjoner, mestring eller samspillsleddene. Verdien 0 på de tre sistnevnte variablene viser til respondenter med gjennomsnittelig eller lavere skåre på hver av disse variablene. Verdien 1 viser til gruppen som har over gjennomsnittelig skåre.

Tabell 5.3 Samspill mellom mestring og sosiale ressurser på depressivitet

Modell		Kolonne A Depressive sympt.		Regresjon B: Depressive sympt.	
	(Samspillsledd i modellen)	(Sosial støtte x mestring)		(Naborelasjoner x mestring)	
		B	St.dev.	B	Std.dev
3	(Konstant)	2,988*	,099	3,001*	,103
	Sosial støtte 01	-,822*	,149	-,260*	,028
	Samvær 01	-,022	,028	-,024	,028
	Naborelasjoner 01	-,149*	,027	-,673*	,145
	Mestringsfølelse	-,109*	,004	-,110*	,004
	Samspillsledd	,022*	,006	,021*	,006
9	(Konstant)	5,489*	,431	5,575*	,434
	Sosial støtte 01	-,741*	,146	-,237*	,029
	Samvær 01	-,045	,028	-,046	,028

Naborelasjoner 01	-,146*	,027	-,653*	,141
Mestringsfølelse 01	-,103*	,004	-,104*	,004
Samspillsledd	,020*	,006	,020*	,005
Kjønn	,010	,027	,011	,027
Videregående	-,066	,037	-,073***	,037
Universitet/Høyskole	-,061	,043	-,066	,043
Alder ved intervjuet, hele år	-,053*	,015	-,054*	,015
Alder kvadrert	,000***	,000	,000***	,000
Fysisk helse	-,013*	,001	-,013*	,001
Gift/samboende	-,234*	,032	-,235*	,032
Barn	,091***	,040	,089***	,040
Hjemmевærende/annet	,130***	,063	,128***	,063
Pensjonist	,108	,056	,108	,056
Trygdet	,027	,051	,022	,051

*Sig.< 0,001 **Sig. <0,01 ***Sig.<0,05

I modell 3 innføres de to ulike samspillsleddene. I kolonne A ser man at produktet av sosial støtte og mestring er signifikant. Dette tilsier at effekten av mestringsfølelse på depressivitet varierer med hvilken grad av støtte respondentene rapporterer. Sosial støtte, mestringsfølelse og naborelasjoner har negative effekter på depressive symptomer også etter at disse variablene er kontrollerte for hverandre og for samvær. Koeffisienten for samvær er ikke signifikant.

Det signifikante og positive samspillsleddet viser at effekten av mestringsfølelse på depressive symptomer er ulik for grupper med henholdsvis lav og høy grad av sosial støtte. Kombinasjonen av høy mestringsfølelse og høy grad av støtte vil ikke redusere depressive symptomer så sterkt som om en fant et rent additivt forhold mellom høy grad av sosial støtte og høy mestringsfølelse når disse ressursene opptrer hver for seg. En respondent med høy grad av sosial støtte (verdien 1 på denne dikotome variabelen) og høy verdi på variabelen på mestringsfølelse (verdien 30) som skårer lavt på naborelasjoner og samvær vil dermed få en samlet depressiv skåre på $-0,444 (2,988 + 1 \times -0,822 + 30 \times -0,109 + 1 \times 30 \times 0,022 + 0 \times -0,149 + 0 \times -0,022)$, som er godt under utvalgsgjennomsnittet. Tilsvarende vil en respondent med lav grad av sosial støtte og naborelasjoner men høy mestringsfølelse få en skåre på $-0,282 (2,988 + 30 \times -0,109)$. I kolonne A ser man at effekten av naborelasjoner på depressivitet er $-0,149$ etter kontroll for sosial støtte, samvær og mestringsfølelse.

I kolonne B ser en at effekten av sosial støtte på depressive symptomer er -0,260 etter kontroll for samvær, naborelasjoner og mestringsfølelse. Videre ser man at også produktet av naborelasjoner og mestringsfølelse er signifikant. Her viser det positive samspillsleddet at den samlede negative effekten av høy mestringsfølelse i grupper med høy skåre på naborelasjoner er lavere enn effekten for gruppene som skårer lavt på naborelasjoner. Effekten av høy grad av sosial støtte og naborelasjoner, men lav grad av samvær og mestringsfølelse (verdien 7) vil dermed gi en depressiv skåre på 1,319 ($3,001 + 1 \times -0,260 + 1 \times -0,673 + 7 \times -0,110 + 1 \times 7 \times 0,021$), som er betydelig høyere enn gruppegjennomsnittet. En respondent med høy grad av sosial støtte, ukentlig samvær med få andre, høy grad av naborelasjoner og høy mestringsfølelse (verdien 30) vil få en skåre på -0,602 ($3,001 + 1 \times -0,260 + 1 \times -0,673 + 30 \times -0,110 + 1 \times 30 \times 0,021$). Dette bekrefter at mestringsfølelse synes å være av sterkere betydning for depressive symptomer enn sosiale ressurser. De to positive samspillsleddene gir støtte til hypotesen om at sammenhengen mellom mestringsfølelse og depressive symptomer er sterkest i grupper med lav grad av sosiale ressurser (H4).

I modell 4 (Appendiks 17) kontrollerer man også for kjønn. Denne koeffisienten blir også signifikant, og gir uttrykk for at menn har lavere grad av depressive symptomer enn kvinner. Kontroll for kjønn endrer ikke effekten av de øvrige variablene i særlig grad for noen av kolonnene.

Ved kontroll for utdanning i modell 5 ser man at koeffisienten for sosial støtte reduseres noe i begge kolonnene. Dette tilsier at noe av grunnen til at grupper med høy grad av sosial støtte har færre depressive symptomer er at disse gruppene også kjennetegnes av noe høyere utdanningsnivå. Koeffisientene for samvær blir heller ikke signifikante om en holder utdanningsnivå konstant. Koeffisientene for naborelasjoner forsterkes derimot noe i begge kolonnene. Dette kan forstås som at den negative effekten av naborelasjoner på utdanningsnivå blir noe sterkere effekt når en sammenligner respondenter med samme utdanningsnivå. Koeffisientene for utdanning tilsier at høyt utdanningsnivå sammenfaller med mindre depressivitet.

I modell 6 ser man at koeffisienten for sosial støtte i kolonne B øker noe ved kontroll for alder. Effekten av sosial støtte på depressivitet er altså noe sterkere når en sammenligner respondenter i samme aldersgruppe. De øvrige koeffisientene for støtte, samvær, naborelasjoner og mestringsfølelse påvirkes minimalt ved kontroll for alder. Av

aldersvariablene kan man lese at sammenhengen mellom depressive symptomer og alder er kurvelineær.

Når man i modell 7 også holder fysisk helse konstant, ser man at koeffisientene for sosial støtte blir noe redusert, hvilket tilsier at noe av grunnen til at respondenter med høy grad av sosial støtte oppgir færre depressive symptomer, er at denne gruppen også kjennetegnes av bedre fysisk helse. Effekten av gode naborelasjoner reduseres noe ved kontroll for fysisk helse i kolonne B. I kolonne A finner man kun en liten endring i koeffisienten for naborelasjoner. Endringene i de øvrige koeffisientene for øvrig er også nokså små.

I modell 8 kontrollerer man også for sivilstand og egne barn. I begge kolonnene er koeffisientene for mestringsfølelse og sosiale ressurser i liten grad påvirket av dette.

Avslutningsvis kan en summere endringene fra modell 3 til modell 9. En ser at koeffisientene for sosial støtte har blitt noe redusert. Koeffisienten for samvær er ikke signifikant etter kontroll for sosial støtte og naborelasjoner (Appendiks 17), og heller ikke etter innføring av de øvrige kontrollvariablene. Effekten av naborelasjoner er noe redusert, særlig i kolonne B. Effekten av naborelasjoner på depressivitet varierer med mestringsnivå, men dette samspillet skyldes altså delvis andre faktorer, så som forskjeller i fysisk helse. Koeffisientene for mestringsfølelse er nokså uforandret. I modell 9 ser man at hjemmeværende oppgir noe høyere grad av depressive symptomer enn yrkesaktive, men at effekten av sosial støtte, samvær, naborelasjoner og mestringsfølelse ikke endres nevneverdig om en holder yrkesstatus konstant. Variablene i modell 9 forklarer til sammen 33,5 % av variasjonen i avhengig variabel (Appendiks 17).

Ved kontroll for sentralitet (Appendiks 17) reduseres koeffisientene for naborelasjoner noe i begge kolonnene. Dette kan forstås som at noe av sammenhengen mellom gode naborelasjoner og færre depressive symptomer skyldes forskjeller i bosted. Kontroll for sentralitet øker ikke forklaringsverdien nevneverdig for noen av kolonnene.

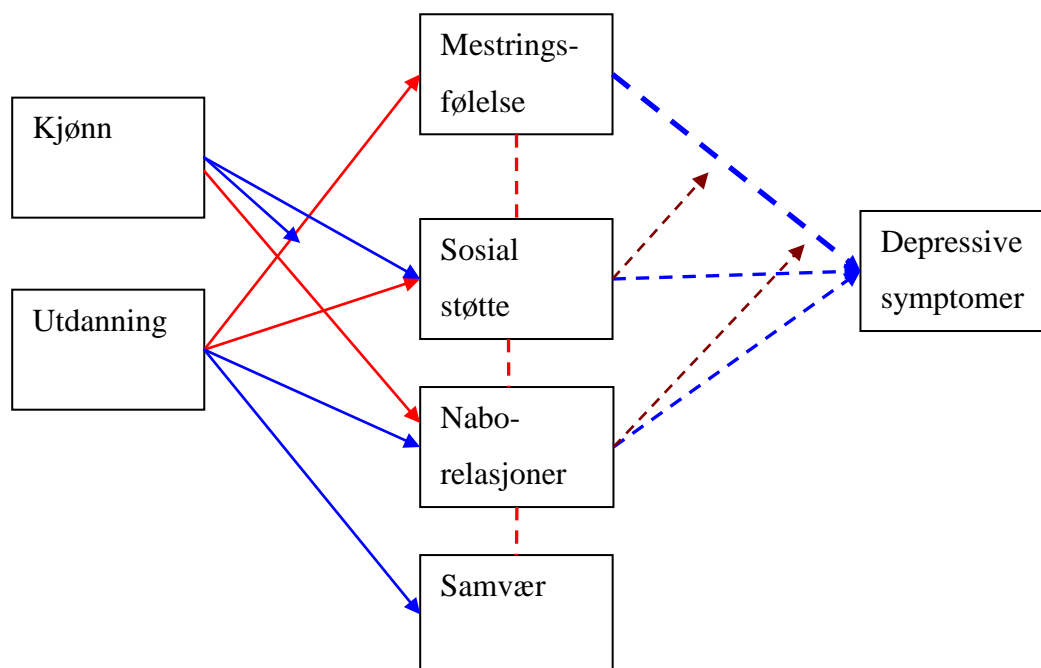
5.3 Oppsummering

I kapittel 5 har jeg funnet at sosial støtte, naborelasjoner, samvær og mestring er positivt korrelert med hverandre. Videre har jeg funnet at den negative korrelasjonen mellom

ukentlig samvær og depressivitet ikke lenger forblir signifikant når en kontrollerer for sosial støtte, naborelasjoner, og mestringfølelse. De sistnevnte variablene er derimot negativt korrelert med depressivitet også etter at disse faktorene er kontrollert for hverandre og for samvær. Sammenhengen mellom depressivitet og mestring synes å være vesentlig sterkere enn sammenhengen mellom sosial støtte og depressivitet. Sammenhengen mellom naborelasjoner og depressivitet er svakest av de signifikante sammenhengene.

Videre har jeg funnet støtte for H6 i den forstand at jeg har funnet signifikant korrelasjon mellom depressivitet og produktet av sosial støtte og mestringfølelse, samt mellom depressivitet og produktet av naborelasjoner og mestringfølelse. En finner derimot ingen signifikant sammenheng mellom depressivitet og produktet av mestring og ukentlig samvær. Disse funnene kan illustreres i følgende analytiske modell, der også funnene fra kapittel 4 er inkludert¹⁶. Også her viser røde piler til positiv korrelasjon, og blå piler til negative sammenhenger. Stiplede piler viser til sammenhenger som kan ha en noe resiprok karakter.

Figur 5.3 Analytisk fremstilling av funnene



¹⁶ Figuren viser altså summen av analyseresultatene, og er ikke et uttrykk for at samtlige sammenhenger har vært inkludert i samme analyse samtidig.

En finner også positive sammenhenger mellom mestring, naborelasjoner og samvær, samt mellom samvær og sosial støtte. Disse sammenhengene er ikke illustrert av hensyn til modellens oversiktighet.

6. Diskusjon av mulige årsaksforklaringer

I tråd med forskningsspørsmålene som ble presentert innledningsvis i oppgaven, har jeg gjennom mine analyser vist hvordan effekten av utdanning på mestring og depressivitet er sterkere for kvinner enn for menn. Deretter har jeg sett nærmere på fordelingen av sosiale ressurser, med særlig vekt på betydningen av kjønn og utdanning. Til slutt har jeg undersøkt om sammenhengen mellom mestring og depressivitet er betinget av sosiale ressurser. Jeg vil nå diskutere funnene i lys av de ulike forklaringsmodeller som ble presentert i kapittel 2. I enkelte sammenhenger vil jeg benytte perspektiver som hovedsakelig tematiserer psykiske lidelser også for å belyse forskjeller i mestringsfølelse. Riktignok kan manglende mestringsfølelse neppe kategoriseres som psykisk sykdom, men mestringsfølelse er unektelig svært tett knyttet til fordelingen av depressive symptomer. Dermed synes det relevant å ta i bruk teorier som tematiserer sosial ulikhet i mental helse også for å belyse årsaksfaktorer knyttet til mestringsfølelse, da konsekvensen av forskjeller i mestringsfølelse i sin har betydning for fordelingen av depressive symptomer i befolkningen.

6.1 Mulige forklaringer på samspill mellom kjønn og utdanning på mestring og depressivitet

Analysene i kapittel 4.2 viste at effekten av kjønn var 0,0116 på mestringsfølelse, og -0,109 på depressivitet, uten kontroll for andre variabler. Uten kontroll for øvrige variabler hadde gruppen med skåren for gruppen med videregående 0,388 på mestring og -0,278 på depressivitet. Gruppen med høyere utdanning skåret da 0,592 på mestring og -0,424 på depressive symptomer. Til grunn for de tre første hypotesene lå en undersøkelse som konkluderte med at utdanning har like sterk effekt på mestringsfølelse hos begge kjønn, samt at økning i mestringsfølelse reduserer depressivitet, men at denne effekten er sterkest blant kvinnene (Ross & Mirowsky 2006). I mine analyser har jeg funnet at utdanning har en sterkere effekt for kvinner både med hensynt til mestringsfølelse og depressivitet. Sammenhengen mellom mestringsfølelse og depressive symptomer er derimot ikke signifikant forskjellig hos de to kjønnene. Mine resultater stemmer altså delvis overens med sammenhengene i resonnementet fra Mirowsky og Ross (2006).

I den anledning kan en sette spørsmålstegn ved *hvordan* høyere mestringsfølelse eventuelt gir seg utslag i redusert depressivitet. Dernest synes det relevant å spørre seg hvorfor at effekten av utdanning på mestringsfølelse og depressivitet er sterkere for kvinner enn for menn i det norske materialet.

6.1.1 Samspill mellom utdanning og kjønn på mestringsfølelse

I motsetning til Ross & Mirowsky (2006) fant jeg at høyere utdanning hadde en sterkere effekt på mestringsfølelsen blant kvinner enn blant menn. For å forstå sammenhengen mellom utdanning og mestringsfølelse hos de ulike kjønn, synes det fruktbart å vende tilbake til teoriene om sosial læring (Rotter 1966) og lært hjelpeløshet (Seligman 1975). Felles for disse perspektivene er at de vektlegger hvordan ulike erfaringer genererer forskjellige tanke- og handlingsmønstre. Opplevelser av at en lykkes i sine forsøk å påvirke situasjonen, styrker tilliten til egen påvirkningskraft og betydningen av egen innsats, hvilket motiverer til videre handling. Tilsvarende kan gjentatte opplevelser av at ens handlingsforsøk ikke fører frem virke passiviserende.

Tidligere forskning på LAG-materialet har funnet at kjønnsforskjellen i mestring delvis skyldes at kvinnene i utvalget har flere fysiske helseproblemer, sjeldnere inngår i samboer-/ekteskap og i mindre grad har erfaring som leder. Tilsvarende kan også sammenhengen mellom utdanning og mestringsfølelse kan tildels tilskrives at grupper høyere utdanning utdanning i større grad har god fysisk helse, fordelaktig sivilstand og lederskaperfaring. For øvrig finner man også at effekten av utdanning på mestringsfølelse delvis er mediert gjennom aktiv orientering (agentive orientation), med andre ord beslutningsdyktighet, gjennomføringsevne, evne til å forsvare egne interesser og andre egenskaper som bidrar til å ivareta egne behov (Slagsvold og Sørensen 2008, 35-37).

I den grad effekten av utdanning på mestringsfølelse er et utslag av at ulike utdanningsgrupper eksponeres for ulike arbeidsforhold, kan en knytte disse til *structural strain theory*. Denne forklaringsmodellen hevder at sosial ulikhet i helse oppstår som følge av at grupper med lav status i større grad eksponeres for helseskadelige faktorer enn grupper med høyere status. I denne forbindelse impliserer dette at grupper med høy utdanning inngår i en høystatusgruppe, som gis arbeidsoppgaver og -vilkår som styrker mestringsfølelsen, uten at høyere mestringsfølelse er et resultat av utdanningen som sådan.

Med utgangspunkt i dette perspektivet kan en spekulere i hvorvidt utdanning kan være mer avgjørende for kvinners ansettelses- og lønnsforhold, og dermed ha større betydning for hvilke stressfaktorer individet eksponeres for blant kvinner enn blant menn. I så tilfelle kan samspillet mellom kjønn og utdanning på mestringsfølelse forstås som en avspeiling av at sammenhengen mellom utdanning og gunstige ansettelses- og arbeidsforhold er særlig sterk hos kvinnene. Kort sagt er det mulig at kjønn utgjør en ekstra risikofaktor for eksponering for bestemte risikofaktorer i de laveste utdanningsgruppene. Spørsmålet er om typiske ”kvinneyrker” med lave utdanningskrav byr på mindre autonomi, mindre variasjon og lavere lønn enn typiske ”manneyrker” med tilsvarende utdanningskrav, og stillinger med høyere utdanningskrav?

I den grad sammenhengen mellom utdanning og mestringsfølelse resulterer av at utdanning utvikler helsefremmende egenskaper (i dette tilfellet agentive orientation), kan en knytte dette til Human Capital- perspektivet. Dette hevder at evner som utvikles i undervisningssammenheng forbedrer individets generelle evne til problemløsning, og dessuten stimulerer utviklingen av psykologiske ressurser som kan virke helsefremmende (Reynolds & Ross 1998, 223). Her kan en også trekke inn hvordan mestringsnivå styrkes av opplevelsen av problemløsning (Thoits 1994, 154). Dersom utdanning utvikler egenskaper som ivaretar egne interesser etc., kan en tenke seg at disse egenskapene også prege ens livssituasjon utenfor utdanningsvesenet. En kan også tenke seg at positiv erfaring med å håndtere faglige utfordringer på sikt vil resultere i større tiltro til egne evner og påvirkningskraft. I forlengelsen av disse betraktningene kan en spørre seg hvorfor slike erfaringer eventuelt skulle ha sterkere effekt på mestringsfølelsen blant kvinner enn hos menn. Før jeg går nærmere inn på dette spørsmålet, vil jeg se nærmere på hvilke faktorer som kan medføre at høy mestringsfølelse blant kvinnene i større grad avhenger av positiv erfaring og utvikling gjennom utdanning.

Som nevnt tidligere, har opplevelsen av kontroll to aspekter; forventninger om hvorvidt den aktuelle situasjonen kan påvirkes, og oppfatninger om ens egen evne til å gjøre det som trengs (Bandura 1977, 193). Dermed synes det også nærliggende å spørre om forskjeller i mestringsfølelse mellom kvinner og menn skyldes at de respektive kjønnene skiller seg systematisk fra på disse to punktene. Har kvinner andre erfaringer enn menn, som for det første preger deres oppfatninger av muligheten for å påvirke ulike situasjoner og for det andre preger deres oppfatninger av egne evner til å gjøre det som kreves?

Med hensyn til det første punktet, kan en spørre seg om manglende likestilling kan ha medført kjønns spesifikk sosialisering. Kvinnene i utvalget kan ha blitt møtt med andre forventninger og annen respons enn deres mannlige motparter. Grupper med høy status oftere opplever å få gjennomslag for sine interesser i sosiale sammenhenger, og slik suksess bidrar til høyere mestringsfølelse, som stimulerer til videre innsats (Turner, m.fl. 1999c, 666). En har også funnet at forslag og ideer som oftere belønnes med anerkjennelse og tas til etterretning dersom det presenteres av en mann, enn om det kommer fra en kvinne (Wahrman & Pugh, 1974, 146, Unger 1978 i Nolen-Hoeksema 1987, 273)¹⁷. Dermed kan det tenkes at lavere mestringsfølelse hos kvinner bør forstås som et resultat av at kvinner og menn har blitt møtt med forskjellige oppfatninger og forventninger, og at kvinnes initiativ derfor har blitt viet mindre oppmerksomhet og sjeldnere har fått gjennomslag i sosiale situasjoner. Slike kjønns spesifikke forventninger har trolig satt sterkere preg på sosial omgang i tidligere tiår enn i dag. I tråd med teoriene om lært hjelpeløshet og sosial læring kan likevel fortidens erfaringer prege fremtidens tanke- og handlingsmønster.

Dette resonnementet kan ytterligere belyses ved å trekke inn Rosenfield ser kjønnsforskjellen i lys av både sosiale forhold og kjønnsstypiske reaksjonsmåter. Hun hevder at ulike kjønnsroller medfører at kvinner i større grad nedprioriterer egne behov av hensyn til sine nærmeste, sant retter sin frustrasjon mot seg selv heller enn andre (Rosenfield 1999, 220-221). I den grad kjønnsforskjellen i mestringsfølelse bunner i at kvinner og menn stimuleres til ulike handlingsmønstre i sitt samspill med omgivelsene, synes det relevant å knytte denne effekten både til teorien om lært hjelpeløshet, og til den psykososiale forklaringsmodellen. Kjønnsforskjeller i mestringsfølelse kan være et resultat av at omgivelsene er mindre mottakelige for kvinners initiativ og intervensjoner. Ifølge teorien om lært hjelpeløshet kan dette resultere i at kvinner i større grad passiviseres i møtet med vanskeligheter, heller enn å reagere med aktiv problemløsning. I forlengelsen av dette kan en tenke seg at et passivt reaksjonsmønster vil medføre at vanskeligheter som i utgangspunktet er håndterlige, vil vokse til belastende problemer i denne gruppen. I så tilfelle kan dette medføre flere depressive symptomer blant kvinner.

¹⁷ Ut fra teorien om sosial læring, formes holdninger og atferd av fortidens erfaringsgrunnlag. Dermed kan manglende likestilling i tidligere tiår påvirker deres vurderinger og reaksjonsmønstre også i dag. Av den grunn er disse undersøkelsene relevante for denne studien, selv om de ble gjennomført på 70-tallet.

I den grad kjønnsforskjeller i mestringsfølelse og depressive symptomer skyldes at kvinners forslag og forsøk får dårlig respons, sammenlignet med tilsvarende initiativ blant menn, kan forskjellen også sees i lys av den psykososiale forklaringsmodellen. Denne forstår sosial ulikhet i mental helse som utslag av at ulike grupper eksponeres for stressfaktorer i ulik grad. I denne sammenhengen innebærer dette at kvinner utsettes for belastninger – i form av omgivelsenes forventninger, verdier og manglende mottakelighet - som svekker deres innflytelse, og former deres erfaringsgrunnlag på en måte som får konsekvenser for mestringsfølelse og psykisk helse. I den anledning må en selvsagt poengtere at slik manglende likestilling trolig er et større problem andre steder enn Norge anno 2008. En må likevel også ha i mente at den eldre garde har vokst opp under andre omstendigheter enn dagens ungdom, og at kjønnsbetinget forskjellsbehandling trolig har vært et større problem for kvinner i de eldre generasjonene. Ifølge teorien om lært hjelpeløshet kan gjentatte negative erfaringer resultere i et reaksjonsmønster preget av passivitet også i situasjoner hvor ens handlingsforsøk ville ført frem. Dermed kan tradisjonelle kjønnsroller fremdeles påvirke mestringsfølelse og psykisk helse blant disse kvinnene til tross for endringer i kjønneten status i samfunnet for øvrig.

Med hensyn til kvinneten oppfatninger om egne evner til innflytelse, kan også psykologiske faktorer gjør seg gjeldende. Her kan man trekke en parallell til forklaringsmodeller for depresjon hvor det poengteres at individer som fortolker vonde hendelser og problemer som utslag av kritikkverdige egenskaper ved seg selv, oftere utvikler depressive symptomer når de møter motgang (Seligman & Elder 1986, 392). Dette kan knyttes til kjønnsforskjeller i reaksjonsmåter, og hvordan kvinner i større grad enn menn tenderer mot å dvele ved problemer og vonde følelser (Nolen-Hoeksema 1995). En kan ikke utelukke at lignende faktorer medfører kjønnsforskjeller i mestringsfølelse. I den grad utdanning supplerer disse tendensene med utvikling av kognitive evner som bidrar til alternativ håndtering av vanskeligheter, kan dette forklare hvorfor utdanning har en sterkere effekt på mestringsfølelsen hos kvinner enn hos menn.

Lavere mestringsfølelse blant kvinner kan altså skyldes at deres muligheter for konkret intervensjon, endringsforsøk eller innsatsvilje begrenses av sosiale forventninger, og/eller psykologiske reaksjonsmønstre. I så tilfelle kan det tenkes at positiv erfaring med undervisningsrelatert oppgaveløsning kan utvikle et mestringsfremmende erfaringsgrunnlag som kompenserer for manglende mottakelighet i andre omgivelser. Videre kan krav om

selvstendig arbeid og konkrete løsningsforslag bidra til å utvikle aktive handlings- og resultatorienterte strategier som med fordel kan supplere passive og/eller følelsesorienterte reaksjonsmåter, og dermed styrke kvinners evne til å håndtere vanskeligheter. Med andre ord kan det tenkes at faglige utfordringer kan utvikle kvinners erfaringsgrunnlag og/eller tankemønstre på områder som er særlig gunstige for deres mestringsfølelse og psykiske helse, og som gjør dem mindre sårbare for depressive reaksjoner.

Sammenhengen mellom utdanning og mestringsfølelse kan for øvrig også kan være et utslag av at utdanning fungerer som en sosial seleksjonsmekanisme. Korrelasjon mellom utdanning og psykisk helse kan oppstå som følge av at bakenforliggende forhold påvirker begge disse faktorene (Rognerud m.fl. 2002, 245). Det kan også tenkes at en privilegert sosioøkonomisk bakgrunn har en positiv effekt på mestringsfølelsen, som i sin tur motiverer til ambisjoner i utdanningsvesenet. Samspill mellom kjønn og utdanning kan i så tilfelle oppstå dersom seleksjonseffekten er sterkere blant kvinner enn blant menn. Ettersom høyere utdanning tidligere har vært forbeholdt menn, kan en ikke utelukke at denne tradisjonen også har preget utdanningsnivået i generasjonen av dagens eldre. I så fall kan samspill mellom kjønn og utdanning på mestring oppstå som resultat av at utdanning blant kvinner i større grad har vært forbeholdt andelen kjennetegnet av høy sosial status, økonomiske midler, eller andre bakgrunnsfaktorer som også kan ha betydning for mestringsfølelse. Som vist i avsnitt 4.1 er da også en noe større andel av kvinnene som hverken har videregående eller høyere utdanning.

I forholdet mellom utdanning og mestringsfølelse synes det dessuten relevant å trekke inn Seligmans resonnement om hvordan elever som opplever svake prestasjoner i skolesammenheng kan utvikle negative oppfatninger om egne evner også i andre sammenhenger (Seligman 1975, 155). Dermed kan en spørre seg om våre utdanningsinstitusjoner utelukkende styrker mestringsfølelsen hos individer som presterer som forventet, men snarere har den motsatte effekten blant dem som ikke gjør det? I den anledning kan en også trekke inn Bourdieus` perspektiv på utdanning, som dreier seg om hvordan skoleverket og utdanningsinstitusjonene fortrinnsvis belønner kulturelle verdier, holdninger og oppfatninger som kjennetegner privilegerte grupper i samfunnet (Bourdieu 1996, 299). Dersom utdanningsvesenet nedvurderer underprivilegerte gruppers prestasjoner på grunnlag av deres kulturelle uttrykk og holdninger, vil ikke dette bare resultere i svakere skolerresultater i disse gruppene, men også redusere individets mestringsfølelse og tiltro til

egne evner. Med utgangspunkt i de foregående resonnementene, kan en tenke seg at kvinner - som følge av forskjeller i kjønns spesifikke erfaringer og/eller psykologiske reaksjonsmåter - er mer sårbare enn menn for en slik opplevelse av manglende mestring i utdanningsvesenet. Dersom redusert mestringsfølelse i den laveste utdanningsgruppen kan knyttes til svake skoleprestasjoner, og kvinners mestringsfølelse i større grad er avhengig av positiv respons i skolesammenheng, kan kjønns- og utdanningsforskjellene i mestring i noen grad forstås som uheldige bieffekter av utdanningssystemet.

6.1.2 Samspill mellom kjønn og utdanning på depressivitet

I likhet med Ross & Mirowsky har jeg støtte for hypotesen om at effekten av utdanning på depressivitet var sterkere blant kvinner enn blant menn (H2). Årsaksfaktorene som forklarer samspill mellom kjønn og utdanning på mestring kan også tenkes å ha tilsvarende betydning for depressivitet, uten at denne nødvendigvis effekten er mediert gjennom mestringsfølelse. I hovedsak dreier dette seg om faktorer som psykologisk sårbarhet og eksponering for risikofaktorer. Utdanningens betydning for senere arbeidsmiljø, arbeidsbetingelser og økonomisk situasjon kan like gjerne påvirke depressivitet som mestring. I et tilfelle der kjønnsforskjeller i depressivitet ikke kan tilskrives mestringsfølelse, understreker man at likt mestringsnivå trolig kan knyttes til yrkesdeltakelse og økonomisk uavhengighet blant kvinnene (Ross & Mirowsky 1989, 215). Dermed kan en ikke utelukke at samspill mellom kjønn og utdanning på depressivitet kan resultere av at kvinne dominerte yrkesgrupper med lave utdanningskrav i større grad er preget av arbeidsoppgaver, -miljø og lønnsnivå som medfører helsemessige belastninger, sammenlignet med mannsdominerte yrkesgrupper med tilsvarende utdanningsnivå, og yrkesgrupper med høyere utdanningskrav. En slik forståelse er i tråd med *structural strain theory*, som påpeker hvordan enkelte sosiale grupper i særlig grad utsettes for ulike belastninger, samt gjerne har færre ressurser til å håndtere dem med (Thoits 1999, 129).

I den anledning kan en også trekke inn Mertons anomibegrep, som viser seg hvordan manglende tilgang til kulturelt anerkjente mål kan resultere i avvikende atferd, inkludert psykiske lidelser. Opplever kvinner med lav utdanning av ulike grunner i særlig grad at de kommer til kort overfor samfunnets idealer? Dersom lavt utdannede kvinner opplever mindre

anerkjennelse og anseelse fra sine omgivelser enn menn i samme utdanningsgruppe og kvinner med høyere utdanning, kan dette resultere i depressive reaksjoner.

I den forbindelse vil jeg likevel trekke frem undersøkelser som tilsier at psykiske helseplager gjerne arter seg forskjellig hos kvinner og menn. Det kan tenkes at kvinner gjerne utvikler depresjoner i tilfeller der menn utvikler alkohol- eller narkotikamisbruk (Wolk 1995, 42). Med andre ord kan en vanskelig konkludere med at den ene eller den andre gruppen er mer utsatt for psykiske helseplager uten å ta høyde for lidelser der også menn er overrepresentert.

Ettersom utdanning trolig bidrar til å utvikle en mer aktiv innstilling (Slagsvold & Sørensen, 32), kan en tenke seg at dette også får betydning for ens generelle evner til problemløsning. En aktiv tilnærming kan bidra til konstruktiv håndtering av potensielle stressfaktorer, og slik redusere effekten av psykologiske belastninger. Utvikling av slike evner kan være et særlig fruktbart supplement til kvinners reaksjonsmønstre dersom disse ellers i liten grad preges av forsøk på å avverge slike stressorer gjennom handling. Human-Capital-perspektivet. vektlegger hvordan utdanning bidrar til å utvikle helsefremmende evner og egenskaper, og har dermed likhetstrekk med denne forståelsen.

For øvrig kan både utdanningsnivå og psykisk helsetilstand også påvirkes av sosial bakgrunn. I tråd med Bourdieus argumentasjon, kan et privilegert sosialt utgangspunkt kan gi tilgang til økonomiske, sosiale og kulturelle ressurser, som belønnes innenfor utdanningsvesenet (Bourdieu 1996, 299). *Attachment theory* belyser hvordan oppvekstvilkår også påvirker kvaliteten på individets senere relasjoner (Marris 1993), hvilket kan ha betydning for psykisk helse. I lys av hypotesen om kumulative effekter, kan også underprivilegert sosial bakgrunn og/eller belastet barndom øke sannsynligheten for eksponering for andre helseskadelige faktorer senere i livet.

Er effekten av kjønn og utdanning på depressive symptomer mediert gjennom mestringsfølelse?

I motsetning til konklusjonen hos Ross & Mirowsky (2006), har jeg ikke fått støtte for at mestringsfølelse har større betydning for depressivitet blant kvinner enn blant menn (H3). Derimot har jeg funnet samspill mellom kjønn og utdanning både på mestring og på depressivitet, og vil derfor se nærmere på hvorvidt effekten av utdanning best kan forstås som mediert gjennom mestringsfølelse, slik Mirowsky og Ross foreslår (2006).

For å forklare hvorfor endringer i mestring sammenfaller med endringer i depressivitet i avsnitt 4.2 kan det lønne seg å gå tilbake til mulige sammenhenger mellom mestring og depressivitet: Høy mestringsfølelse kan bidra til at vanskelige situasjoner oppfattes som mindre kritiske enn de ellers ville gjort. Mestringsfølelse kan dessuten prege ens handlingsmønster gjennom økt initiativ og utholdenhet, og slik bidra til gunstige utfall i situasjoner der slike egenskaper kreves (Turner m.fl.1999c, 647). Gitt at samspill mellom kjønn og utdanning bidrar til høyere mestringsnivå hos utdannede kvinner, kan denne økningen i sin tur bidra til at denne gruppen opplever vanskeligheter som mindre problematiske. Den kan gjøre kvinnene initiativrike, kreative og utholdende i møte med utfordringer. Slike egenskaper på sikt redusere depressivitet ved å minimere eller avverge destruktive effekter av potensielle stressorer. En slik forståelse av mestringsfølelse er i tråd med det en kan kalle buffering-hypotesen innenfor stressteori. Denne tilsier kognitive og/eller sosiale ressurser gir helsegevinst ved at disse reduserer effekten av aktuelle belastninger (Stansfeld 2006, 151). Med andre ord bidrar mestringsfølelse til å redusere depressivitet ved å stimulere til problemløsning og slik avverge virkningen av potensielle stressorer.

En slik forståelse vil være i overensstemmelse med Ross & Mirowskys forklaring om at samspill mellom kjønn og utdanning virker gjennom at utdanning styrker mestringsfølelsen, som reduserer depressivitet, og at denne effekten er sterkere blant kvinner enn blant menn (Ross & Mirowsky 2006, 1409). Imidlertid synes denne forklaringen å være noe mangelfull. Dersom endringer i depressivitet skal forklares som resultat av mestringsfølelse, etterlyser jeg en nærmere forklaring av hvilke faktorer som regulerer dette forholdet. Gitt at utdanningens effekt på depressive symptomer er mediert gjennom høyere mestringsfølelse, hvordan kan det da ha seg at enkelte variabler påvirker mestring *uten* å ha en tilsvarende effekt på depressivitet? Mer konkret vil jeg trekke inn eksempler fra mine analyser som tyder på at forholdet mellom mestring og depressivitet er langt fra entydig. Eksempelvis bidrar høy grad av sentralitet til høy mestringsfølelse, men samtidig flere depressive symptomer. Videre er sammenhengen mellom alder og mestring lineær, mens sammenhengen mellom alder og depressivitet er kurvelineær. Dersom effekten av utdanning på depressivitet skal forstås som utslag av høyere mestringsfølelse, hvordan kan det da ha seg at effekten av alder på mestringsfølelse ikke etterfølges av en tilsvarende økning i depressive symptomer blant alle

aldersgruppene, og at høyere mestringsfølelse i visse tilfeller sammenfaller med økning i depressivitet?

En eventuell indirekte negativ effekt av sentralitet gjennom mestring på depressivitet kan selvsagt tilsløres av motsatte effekter som skyldes andre aspekter ved det samme forholdet. Det er mulig at sentralitet av ulike grunner øker mestringsfølelsen, men at reduksjonen i depressivitet som vanligvis ville følge av en slik økning, tilsløres av andre forhold forbundet med slikt boste, eksempelvis støy, forurensning, ensomhet, etc.

En bør også ta høyde for at sammenhengen mellom mestring og depressivitet best kan betegnes som et gjensidig påvirkningsforhold. Opplevelsen av maktesløshet kan resultere i negative følelser, men nedstemthet og mangel på overskudd kan også påvirke ens selvoppfatning og opplevelse av avmakt (Seligman 1975, 94). Kausalretningen kan derfor gå fra depressivitet til mestring, også når samspill mellom kjønn og utdanning ligger til grunn for variasjonene. Eksempelvis kan det tenkes at høyere utdanning bidrar til å utvikle kognitive ferdigheter eller åpner muligheter for privilegerte stillinger i arbeidslivet som bidrar til å redusere depressive symptomer. En kan tenke seg at eksempelvis bedre søvnkvalitet, mindre nedstemthet, mer overskudd etc. i sin tur kan bidra til å gi individet opplevelsen av at situasjonen er under kontroll, og at positive forandringer er innenfor rekkevidde. At disse effektene er sterkere for kvinner enn for menn, kan skyldes sosiale og/eller psykologiske forhold.

6.2 Ulikhet i sosiale ressurser

Problemstillingen i denne oppgaven dreier seg også delvis om fordelingen av sosiale ressurser mellom kjønns- og utdanningsgrupper. I analysekapittelet fant jeg støtte for at kvinner gir uttrykk for mer sosial støtte enn menn (H5) i den forstand at kvinner generelt gir uttrykk for mer fortrolighet og forståelse etc. i familiære og andre nære relasjoner enn menn gjør. Derimot fant jeg at menn i større grad gir uttrykk for bedre naborelasjoner. Disse resultatene er i tråd med tidligere observasjoner som tilsier at kvinner i større grad inngår i fortrolige relasjoner preget av emosjonell støtte, mens menn snarere tenderer mot å ha støttespillere som bidrar praktisk og konkret (Umberson, m.fl. 1996, 851). Effekten av kjønn på samvær var ikke signifikant.

Disse forskjellene kan en med fordel se i lys av bidrag som tematiserer kjønnsforskjeller i reaksjonsmåter, nærmere bestemt hvordan kvinner oftere prater om egne vanskeligheter med andre enn menn gjør (Ross & Mirowsky 1989, 215). En kan tenke seg at forskjeller i reaksjonsmønstre mellom kjønnene også resulterer i ulike typer støtte fra omgivelsene. I så tilfelle kan dette ha sammenheng med at kvinner og menn fokuserer på ulike aspekter ved situasjonen, og dermed signaliserer ulike behov.

6.2.1 Paradoksale forskjeller mellom utdanningsgruppene

Videre gav analysene i kapittel 4.3 støtte for hypotesen om at høyt utdannede gir uttrykk for mer sosial støtte enn lavt utdannede (H4), i den forstand at gruppen med grad fra høyskole/universitet skårer høyest på denne variabelen, etterfulgt av gruppen med videregående skolegang. Gruppen med grad fra høyskole/universitet gir for øvrig uttrykk for ukentlig samvær med færre personer enn de lavere utdanningsgruppene. Umiddelbart synes det dermed som at fordelingen av sosiale ressurser mellom utdanningsgruppene har en noe paradoksal karakter; gruppen som rapporterer minst samvær med sine nærmeste gir uttrykk for mest sosial støtte. Dette funnet synes å stride mot det en ville forvente ut fra kategoriseringen hos Berkman og Glass, der sosial kontakt utgjør en av rammebetingelsene for sosial støtte. Et slikt premiss impliserer at høyere grad av sosial støtte vil medføre mer sosial støtte, ikke mindre. I tråd med denne forventningen har en tidligere funnet at sosial kontakt styrker opplevelsen av sosial støtte og tilhørighet (Pierce m.fl. 2000, 34), der dette funnet sees i lys av antakelsen om at opplevelsen av sosial støtte gjerne baserer seg på situasjoner eller erfaringer som oppstår i sosiale sammenhenger (Pierce m.fl. 2000, 28). Tilsvarende har en også funnet at manglende tilknytning til arbeidslivet kan trolig bidra til mindre sosial integrasjon blant kronisk syke (Fyrand, Moum m.fl. 2000, 41). Disse bidragene kan summeres til at sosial kontakt i større eller mindre grad utgjør fundamentet for opplevelsen av sosial støtte. I tråd med disse forventningene har jeg da også i kapittel 4.4 påvist at sosial støtte, ukentlig samvær med andre og naborelasjoner er positivt korrelert. Dermed kan en spørre seg hvilke faktorer som bidrar til at den laveste utdanningsgruppen oppgir minst sosial støtte til tross for at den gjennomsnittelig skårer høyere på variabelen for ukentlig samvær, hvilket indikerer at denne gruppen har mer sosial kontakt med sine nærmeste enn de høyere utdanningsgrupper. Det synes det noe forbausende at

utdanningsgruppen med høyest grad av sosial støtte oppgir ukentlig samvær med færrest personer.

For øvrig kan en tenke seg flere mulige forklaringen på hvorfor et slikt sammenfall ikke gjør seg gjeldende. For det første er det mulig at sosial kontakt i høyere og lavere utdanningsgrupper skiller seg fra hverandre ved at kontakten i førstnevnte gruppe i større grad bærer preg av støttende ord og handlinger⁴. I så tilfelle kan en belyse disse forskjellene ved hjelp av *attachment theory*. Økonomisk og sosial ulikhet kan medføre at mindre privilegerte grupper eksponeres for påkjenninger og følelsesmessige belastninger som går ut over kvaliteten på de sosiale relasjoner som individet inngår i (Marris, 1993, 84-87). En kan tenke seg at belastninger som særlig rammer grupper med lav utdanning – eksempelvis lavt lønnsnivå, krevende arbeidstider og lite autonomi i arbeidet - kan medføre manglende overskudd og dermed redusere individets kapasitet til støttende og omsorgsfull atferd i disse gruppene.

Sosial støtte kan likevel være sterkere knyttet til selvtillit og personlige egenskaper enn andres atferd (Lakey & Cassady 1990). Dette impliserer at opplevelsen av sosial støtte ikke er en avspeiling av relasjonenes kvalitet, men en fortolkning som påvirkes av hvordan individet ellers har det. Når den øverste utdanningsgruppen gir uttrykk for såpass høy grad av sosial støtte, kan grunnen være at denne utdanningsgruppen også kjennetegnes av kognitive trekk som påvirker oppfatningen av den sosiale kontakten de inngår i. Denne logikken har i prinsippet visse likhetstrekk med artefaktforklaringer som forstår kvinners forhøyede depresjonsskåre som utslag av at kvinner i større grad gir uttrykk for sine følelser enn menn gjør, og dermed skårer høyere på depressive mål (Nolen-Hoeksema 1987, 265). Årsaken til at høyt utdannede gir uttrykk for mer sosial støtte enn lavt utdannede, kan være at denne gruppen kjennetegnes av andre egenskaper som påvirker responsen på spørsmålene. Det er mulig at forskjeller i opplevelsen av sosial støtte først og fremst avspeiler systematiske forskjeller i mestringsfølelse, selvtillit og andre kognitive ressurser som påvirker fortolkningen av sosialt samvær. Dersom så var tilfelle, skulle en anta at sammenhengen mellom støtte og samvær er høyest i gruppen med høyest utdanning, men nærmere undersøkelse (Appendiks 9) viste at den positive sammenhengen mellom samvær og støtte var sterkest i gruppen med videregående utdanning. Den paradoksale forskjellen mellom utdanningsgruppene er altså ikke så lett å forklare.

Analysene i fjerde kapittel viste også at økende alder er knyttet til mindre sosial støtte og ukentlig samvær med færre personer. Sammenhengen mellom aldring og depressivitet tidligere har vært knyttet til svekket sosialt nettverk i alderdommen. Med tiden opplever gjerne mange at ens venner og bekjente faller fra, hvilket kan føre til færre kontakter og mindre sosial omgang (Turner m.fl.1999b, 377). Den negative sammenhengen mellom alder og sosial støtte og samvær er i tråd med det en kunne forvente seg dersom en slik mekanisme gjør seg gjeldende. Videre har jeg funnet at familiesituasjon som ventet har sterk betydning for sosial støtte. Både samboende partner og barn gir utslag i mer sosial støtte og ukentlig samvær med flere personer.

Naborelasjoner

Den laveste utdanningsgruppen i størst grad gir uttrykk for gode naborelasjoner, mens det motsatte er tilfelle for den høyeste utdanningsgruppen. Nærmere undersøkelse tilsier at denne sammenhengen hovedsakelig skyldes at spredtbygde strøk både kjennetegnes av lavere utdanningsnivå og tettere naborelasjoner enn tettbygde strøk og byer.

En kunne tenke seg at både samvær og naborelasjoner sammen kunne gi en pekepinn om uformell sosial kontakt. I tråd med hypotesen om sosial kontakt som basis for sosial støtte, ville jeg forvente at grupper som skåret høyt på slike indikatorer på sosial kontakt, også ville gi uttrykk for mer sosial støtte. Dermed er det noe overraskende at kjønns- og utdanningsgruppen som skårer høyest på naborelasjoner, også oppgir minst sosial støtte.

6.2.2 Forholdet mellom depressivitet, mestring og sosiale ressurser

Sentralt i denne studien står også spørsmålet om hvorvidt sosiale ressurser påvirker sammenhengen mellom mestring og depressivitet. Som ventet er variablene for sosiale ressurser positivt korrelert med hverandre. Respondenter som i stor grad har ukentlig samvær med andre og gode naborelasjoner opplever mer sosial støtte enn personer med liten grad av slik sosial kontakt. Disse sammenhengene er i tråd med det en kan forvente ut fra betraktningen om at sosial kontakt gjerne innevrer situasjoner som styrker opplevelsen av sosial støtte (Pierce m.fl. 2000, 34). Hyppig omgang med andre mennesker medfører gjerne eksponering for situasjoner der andre har anledning til å bekrefte individets verdi eksplisitt eller implisitt, samt tilby støttende ord eller handlinger. Den motsatte kausaliteten kan også

gjøre seg gjeldende. Opplevelsen av sosial støtte kan være vel så avhengig av individets selvtillit og egenskaper, som av støtten vedkommende mottar fra andre (Lakey & Cassady 1990). En kan ikke utelukke at opplevelsen av sosial støtte avspeiler trygghet i sosiale sammenhenger, som i sin tur bidrar til fruktbare relasjoner, initiativ og sosial deltakelse. Kort sagt kan opplevelsen av sosial støtte stimulere til sosial aktivitet.

6.2.3 Positive sammenhenger mellom mestring og sosiale ressurser

I kapittel 5.1 har jeg funnet positive sammenhenger mellom mestring og henholdsvis naborelasjoner og samvær. I tråd med konklusjonen fra Ross og Mirowsky (2003) har jeg også funnet at mestringsfølelse er positivt korrelert med sosial støtte. Dette resultatet står i motsetning til hypotesen om at støtte fra andre reduserer tilliten til egen beslutningsdyktighet. Tvert imot tilsier de positive sammenhengene at grupper som skårer høyt på sosiale ressurser jevnt over også gir uttrykk for høyere mestringsfølelse enn grupper med færre sosiale ressurser.

En kan tenke seg flere mulige årsaker til dette. For det første er det som sagt mulig at individets egenskaper og trekk påvirker dets fortolkning av den sosiale kontakten (Lakey & Cassady 1990). Følelsen av mestring kan gi en trygghet til å fokusere på positive, støttende aspekter ved kommunikasjonen fremfor tvetydige eller uheldige trekk. I forlengelsen av dette kan mestringsfølelse (og andre relevante kjennetegn) påvirke både forholdet til ens nærmeste og tillit til andre mennesker i sin alminnelighet. En slik virkning kan påvirke både ens opplevelse av støtte fra ens nærmeste, og ens relasjoner til naboer og andre bekjente. Egenskaper som bidrar til en positiv fortolkning av kontakten vil trolig medføre større interesse for samvær med andre mennesker.

Det kan også tenkes at kausaliteten i den positive sammenhengen mellom mestring og sosiale ressurser går i motsatt retning, hvilket i så tilfelle innebærer at opplevelsen av sosial støtte og gode naborelasjoner bidrar til å styrke mestringsfølelsen. I den forbindelse kan en tenke seg særlig to forskjellige virkemåter. For det første er det mulig at sosial støtte virker gjennom samtaler, ved å bidra til konstruktiv analyse og utdypet forståelse av aktuelle problemer, og slik stimulerer individet til å håndtere disse på en mer fruktbar måte (Stansfeld 2006, 152). Her kan en trekke inn konklusjonen om at sosial støtte i form av konstruktiv

fortolkning av situasjonen kan redusere depresjon som særlig er knyttet til visse kognitive sårbarheter. Tendensen til å fortolke situasjonen på en måte som impliserer negative karakteristikk av en selv, samt negative forventninger til fremtidige hendelser, er et eksempel (Panzarella m.fl. 2006, 308). Støttende utsagn og fortolkning av situasjonen som vektlegger betydningen av faktorer som hverken er evigvarende eller universelle, bidrar gjerne til at denne sårbarheten reduseres, hvilket også gir seg utslag i færre depressive symptomer (Panzarella m.fl. 2006, 326). Med andre ord kan det tenkes at sosial støtte i form av konstruktiv og adekvat feedback kan gi individet innsikt og motivasjon som gjør det i stand til å håndtere aktuelle problemstillinger på en fruktbar måte. Videre kan slike positive erfaringer med problemløsning også styrke opplevelsen av kontroll og innflytelse.

For øvrig kan en spørre seg om årsaken til at mestring også korrelerer med naborelasjoner og samvær. Det synes nærliggende å spørre seg om korrelasjonen mellom mestring og ukentlig samvær/naborelasjoner kan ha sammenheng med typer av sosial støtte som i liten grad har vært inkludert i mine analyser, eksempelvis praktisk eller informativ støtte. Målet for naborelasjoner gir i noen grad uttrykk for forventningen om praktisk støtte fra naboer, eksempelvis hjelp til å handle ved sykdom. Gitt at sosial kontakt skaper situasjoner som gjerne gir rom for utveksling av sosial støtte (Pierce m.fl. 2000, 34), kan en tenke seg at både samvær og naborelasjoner også øker tilgjengelige ressurser i form av tjenester som lån av bil, hjelp til flytting etc. En kan tenke seg at også økt tilgjengelighet av slike ressurser styrker ens følelse av kontroll over egen situasjon, ettersom en i så tilfelle kan mobilisere hjelpemidler eller støttespillere om nødvendig.

6.2.4 Depressive symptomer er negativt korrelert med mestring og sosiale ressurser

I kapittel 5 fant jeg at sosial støtte, naborelasjoner, og mestringsfølelse er negativt korrelert med depressivitet også etter kontroll for hverandre og for ukentlig samvær. Sammenhengen mellom depressivitet og mestring synes å være vesentlig sterkere enn de øvrige sammenhengene. Det er for øvrig verdt å merke seg at korrelasjonen mellom mestring og depressivitet blant kvinner ikke er signifikant forskjellig fra den tilsvarende sammenhengen blant menn. Dette er i strid med H3, som hevdet at sammenhengen ville være sterkest blant kvinnene.

Videre var depressivitet sterkere korrelert med sosial støtte enn med naborelasjoner. Lav grad av depressive symptomer sammenfaller altså med mye sosial støtte, god naborelasjoner og høy mestringsfølelse. Den negative korrelasjonen mellom samvær og depressivitet ble ikke lenger signifikant ved kontroll for de øvrige variablene for mestring og sosial støtte. I den forbindelse kan en understreke at gunstige helseeffekter av sosial kontakt forutsetter at relasjonen er preget av positive kjennetegn (Rook 1984, Shinn et al 1984 i Menaghan 2000, 126). Ukentlig samvær med ens nærmeste har ingen sammenheng med depressivitet utover det en kan tilskrive mestringsfølelse og sosial støtte.

Faktorene mestringsfølelse og depressive symptomer kan påvirke hverandre på ulike måter. Mestring kan redusere depressivitet gjennom aktiv problemløsning (Thoits 1994, 153-4) og ved å redusere stresset knyttet til vanskelige situasjoner, idet de oppfattes som mindre kritiske enn de ellers ville gjort (Turner m.fl. 1999b, 647). Tilsvarende nedstemthet og andre depressive symptomer forsterke negative tankemønstre og opplevelsen av avmakt, og således redusere mestringsfølelsen (Seligman 1975, 94). Sammenhengen mellom mestring og depressivitet er altså svært sterk. Ettersom de ulike årsaksforklaringene heller ikke utelukker hverandre, er det vanskelig å vite hvilke virkninger som gjør seg gjeldende, og i hvilken grad.

Sammenhengen mellom sosiale ressurser og depressivitet kan for det første knyttes til kognitiv sårbarhet, for det andre til ressurser som fremmer problemløsning, og for det tredje til sosiale konsekvenser av psykisk helsetilstand. Førstnevnte alternativ dreier seg om hvordan sosial støtte i form av fortrolig samtale kan bidra til konstruktiv fortolkning av eventuelle problemstillinger, og slik forhindre at individet blir oppfatter situasjonen på en måte som bidrar til negativt selvbilde eller negative forventninger til fremtidig utvikling (Panzarella m.fl. 2006, 311). Ved å presentere en forståelse av situasjonen som legger vekt på betydningen av ytre faktorer som er foranderlige og avgrensede, kan støttespillere bidra til å gi et konstruktivt og håndterlig perspektiv på problemet, hvilket i sin tur kan bidra til å redusere depressive symptomer (Panzarella m.fl. 2006, 326). Dermed kan sammenhengen mellom depressivitet og sosial støtte helt eller delvis forstås som et utslag av at visse typer sosial støtte bidrar til å bevare et sunt selvbilde, og styrker individets evne til å møte problemer på en konstruktiv måte.

Som nevnt tidligere kan også gode naborelasjoner og samvær med andre øke tilgjengeligheten av tjenester i form av lån av redskaper og hjelpemidler, som kan bidra til problemløsning på andre måter. Gitt at problemer først og fremst får konsekvenser for psykisk helse når en ikke makter å løse dem (Thoits 1994, 153-4), kan en tenke seg at støttespillere og hjelpemidler både kan bidra til å løse aktuelle problemer, og medføre at potensielle vanskeligheter oppfattes som mindre kritiske enn de ellers ville gjort. Dette argumentet kan en se i lys av funn som tilsier at sosial støtte reduserer sjansen for å bli utsatt for særlig belastende hendelser (McFarlane m.fl. 1983, 169). Sosiale ressurser kan forebygge depressivitet ved å redusere stresset rundt potensielle problemer, samt løse de problemer som måtte oppstå.

For øvrig kan depressivitet også påvirke sosial aktivitet. Depressive reaksjoner kjennetegnes gjerne av tilbaketrekning fra sosiale sammenhenger (Blazer 1982, 22). Denne tendensen kan muligens forstås som reaksjon på manglende overskudd til sosiale aktiviteter. For øvrig kan den kanskje belyses ytterligere ved hjelp av sammenligningsteori, som dreier seg om hvordan individets selvoppfatning formes gjennom sammenligninger med andre. En har tidligere knyttet denne tendensen til sosial tilbaketrekning til svekket sosial støtte hos kronisk syke. Sosiale sammenkomster der individet sammenligner seg med friske mennesker, kan medføre negative følelser og svekket selvbilde. Tilbaketrekning forstås dermed som et forsøk på å beskytte seg fra slike følelsesmessige påkjenninger (Fyrand 2003, 20). Tilsvarende årsakssammenhenger kommer kanskje til uttrykk i tilknytning til depressivitet i mine analyser. Sosial sammenligning med andre, velfungerende individer kan utgjøre en påkjenning for personer med depressive symptomer, og dermed føre til at terskelen for sosial deltakelse blir nokså høy. Gitt antakelsen om at sosial deltakelse medfører situasjoner som muliggjør støttende kommunikasjon (Pierce m.fl. 2000, 28), kan lavere sosial deltakelse resultere i mindre sosial støtte.

Ettersom disse forklaringene heller ikke utelukker hverandre er det mulig at flere årsakssammenhenger forekommer samtidig. Det er mulig at konstruktive tilbakemeldinger bidrar til å håndtere problemer på en konstruktiv måte. Videre kan sosialt samvær øke forekomsten av tjenester og hjelpemidler som bidrar til problemløsning og dermed reduserer stress. Endelig kan ulike aspekter ved depressive reaksjoner redusere individets overskudd til og motivasjon for sosial deltakelse, hvilket i sin tur kan begrense sosial støtte fra omgivelsene.

6.2.5 Samspill mellom mestring og sosiale ressurser på depressivitet?

I kapittel 5 fikk jeg også støtte for at sammenhengen mellom mestringsfølelse og depressivitet er betinget av sosiale ressurser (H6). I den anledning ville jeg også undersøke om samvær og naborelasjoner inngikk i tilsvarende sammenhenger som sosial støtte. Korrelasjonen mellom depressivitet og produktet av sosial støtte og mestring var signifikant, og depressivitet også negativt korrelert med produktet av naborelasjoner og mestring. Derimot fant jeg ingen signifikant korrelasjon mellom depressivitet og produktet av mestring og ukentlig samvær.

De signifikante sammenhengene er i overensstemmelse med det en kunne vente seg ut fra functional substitution hypothesis, som impliserer at forholdet mellom mestringsfølelse og depressivitet varierer med graden av sosial støtte (Ross & Mirowsky 2003, 203-4).

Mestringsfølelse er av størst betydning i grupper med lav grad av sosial støtte og naborelasjoner. I den anledning vil jeg poengtere at særlig ved effekten av mestring og effekten av sosial støtte på depressivitet synes å ha likhetstrekk på særlig to punkter, og at disse likhetstrekkene kan forklare samspillet mellom variablene. Det første likhetstrekket dreier seg om hvordan både høy grad av mestring og sosial støtte kan bidra til å gjøre individet mer psykologisk robust mot nederlag eller motgang. Det andre dreier seg om hvordan begge ressursene også kan redusere stress knyttet til vanskelige situasjoner ved å påvirke individets oppfatning av dem. Etter å ha gjennomgått disse trekkene vil jeg også drøfte hvorvidt både høy mestringsfølelse og sosiale ressurser kan bidra til problemløsning.

Som sagt er det mulig at både mestringsfølelse og sosial støtte bidrar til å gjøre individet robust mot motgang. Også her trekke inn hvordan sosial støtte kan redusere depressive symptomer ved å hjelpe individet til å bearbeide negative hendelser på en måte som impliserer positive forventninger til fremtiden og ivaretar individets selvbilde (Panzarella m. fl. 2006). En slik forklaring impliserer at gevinsten av sosial støtte helt eller delvis dreier seg om evnen til å se eventuelle problemer i lys av ytre betingelser, bevare et sunt selvbilde, samt unngå å utlede dommedagsprofetier av enkelthendelser.

Tiltro til egne evner og ens mulighet for innflytelse i fremtiden er nettopp blant kjennetegnene for høy mestringsfølelse. Ifølge teorien om sosial læring er opplevelsen av internal kontroll en generalisert oppfatning som bygger på tidligere positive erfaringer

(Rotter 1966, 2). Dersom høy mestringsfølelse baserer seg på et bredt repertoar av tidligere suksesshistorier, synes det nærliggende å slutte seg til at slike oppfatninger – i alle fall i første omgang – vil bidra til at utfordrende situasjoner fortolkes på en måte som i liten grad går på bekostning av selvbildet eller ens forventninger til fremtiden. Over tid kan selvsagt påkjenninger og belastninger redusere mestringsfølelsen (Krause 1999, 197). Høy mestringsfølelse vil til en viss grad forhindre at motgang går utover individets selvoppfatning og forventninger til fremtiden.

Når det gjelder det andre likhetstrekket, synes det relevant å fremheve at mestringsfølelse redusere depressivitet ved å påvirke den følelsesmessige opplevelsen av ulike påkjenninger (Turner m.fl. 1999c, 647). Denne effekten kan ha sammenheng med at forventningen om at en kan påvirke situasjonen gjennom egen innsats, vil medføre at situasjonen oppleves som mindre truende enn den ellers ville gjort. Imidlertid vil jeg påstå at forventningen om praktisk, informativ eller følelsesmessig hjelp sannsynligvis vil ha en lignende funksjon. Dersom man disponerer ressurser utover egne krefter og hjelpemidler, vil vanskeligheter oppleves som mindre truende for ens velvære. Billedlig sagt vil andres engasjement og økonomiske eller praktiske ressurser fungere som et ess i ermet når en selv er blakk og sliten. Dermed kan både sosiale ressurser og høy mestringsfølelse bidra til å redusere stresset rundt potensielle problemer.

I tillegg til disse faktorene, synes det nødvendig å diskutere hvorvidt mestringsfølelse og sosial støtte også kan påvirke depressivitet gjennom å løse problemer og dermed redusere effekten av potensielle stressfaktorer. Som nevnt tidligere, vil problemer som en ikke klarer å løse, utgjøre slitasjefaktorer for psykisk helse (Thoits 1994, 153-154). Dermed vil problemløsning være av betydning for depressive symptomer. Mestringsfølelse kan inspirere til utholdenhet, kreativitet, handlekraft og andre egenskaper som kan avgjøre utfallet av vanskelige situasjoner (Turner m.fl. 1999c, 647), og at nærmere undersøkelse tidligere har konkludert med at effekten av mestringsfølelse på depresjon delvis kan tilskrives at individer med høy grad av mestring i større grad går aktivt inn for å løse problemer (Ross & Mirowsky 1989, 216). Redusert stress og styrket tro på egen evne og mulighet til påvirkning kan bidra til hensiktsmessig og utholdende innsats for å håndtere problematiske opplevelser, og på sikt bidra til gunstigere utfall og færre belastninger.

Dermed synes det nærliggende å spørre seg om sosial støtte kan tenkes å ha en tilsvarende effekt. For det første kan det tenkes at opplevelsen av sosial støtte/gode naborelasjoner til en viss grad baserer seg på konkret erfaring med praktiske tjenester eller problemløsning. I tillegg kan en argumentere for at oppfølging og tilbakemeldinger fra omgivelsene kan styrke individets evne til å håndtere problemer av ulik art (Blazer 1982, 94). I så tilfelle kan en tenke seg at feedback, oppmuntring, råd og vink også kan bidra til at individet håndterer vanskeligheter på en fruktbar måte, og at sosial støtte i likhet med mestringsfølelse stimulerer til konstruktiv problemløsning.

For øvrig er denne slutningen omdiskutert. På den ene siden har man funnet at å prate om problemene snarere forsterker depressivitet enn å redusere den, samt at sosial støtte ikke bidrar til at en går mer aktivt inn for å løse ulike problemer (Ross & Mirowsky 1989, 215-216). På den andre siden har andre funnet at tilbakemeldinger som spesifikt tar sikte på å unngå negative personkarakteristikker av individet og negative forventninger til fremtiden, bidrar til å gjøre individet mer robust mot depressivitet (Panzarella m.fl. 2006, 326). Med andre ord er det ikke samtalen som sådan som reduserer depressivitet, men bestemte aspekter ved kommunikasjonen.

Det synes også relevant å spørre seg om bestemte trekk ved sosiale relasjoner eller kommunikasjonen mellom individer likevel kan bidra til å løse eventuelle problemer på andre måter. Dersom ens omgivelser bidrar initiativ og/eller en hjelpende hånd når det trengs, vil dette redusere problemene en står overfor selv om ens eget reaksjonsmønster forblir det samme. Slike erfaringer kan også styrke opplevelsen av sosial støtte/ gode naborelasjoner. Samlet kan disse årsakssammenhengene resultere i en negativ sammenheng mellom sosiale ressurser og depressivitet. Det er også mulig at konstruktive tilbakemeldinger ikke endrer impulsen til handling som sådan, men snarere bidrar til at handling som individet uansett ville tatt initiativ til, baserer seg på en mer reflektert og nyansert oppfatning og dermed får en mer hensiktsmessig form. I den grad både mestringsfølelse og sosiale ressurser bidrar til reduksjon av aktuelle problemer som individet står overfor, kan dette forstås som at funksjonene av disse ressursene har nok et likhetstrekk.

Jeg har nå argumentert for at årsaken til at mestringsfølelse har størst betydning for depressivitet i grupper med lav grad av sosial støtte og naborelasjoner, er at funksjonene av de ulike ressursene har visse likhetstrekk. For det første hjelper både mestringsfølelse og

gode relasjoner hjelper individet å takle motgang uten å utvikle et negativt selvbilde eller negative forventninger til fremtiden. For det andre bidrar både kognitive og sosiale ressurser til å redusere stresset rundt potensielt vanskelige situasjoner ved hjelp, støtte eller fortolkning av situasjonen som vektlegger aspekter som er mulig å påvirke. For det tredje kan det tenkes at mestringsfølelse og positive relasjoner stimulerer til hensiktsmessig innsats og aktiv problemløsning. Samspillet mellom mestringsfølelse og sosiale ressurser avspeiler at hver av disse er ekstra verdifull i tilfeller der den andre er fraværende.

Avslutningsvis synes det relevant å presisere at signifikante produktledd ikke utelukker at korrelasjonen mellom depressivitet og henholdsvis sosiale ressurser og mestringsfølelse kan være preget av resiprok kausalitet. Eksempelvis kan sosiale ressurser ha betydning for effekten av depressivitet på mestring. Som tidligere nevnt kan en tenke seg at depressive symptomer – i form av negative følelser, søvnproblemer, manglende tiltakslust eller annet – kan hindre en i å oppnå de endringer en ønsker seg, og dermed reduserer mestringsfølelsen. I så tilfelle er det mulig at manglende støtte og svake naborelasjoner kan forsterke denne sammenhengen, da fraværet av støtte medfører at nødvendig problemløsning i enda større grad står og faller ved egen helsetilstand. Sosiale ressurser kan bidra til at ens depressive symptomer i mindre grad hindrer en fra å oppnå nødvendige endringer, dersom en opplever at familie og venner stiller opp ved behov.

Som nevnt kan den negative sammenhengen mellom sosiale ressurser og depressivitet også være utslag av at individer med depressive symptomer i større grad preges av sosial tilbaketrekning fra sosiale sammenhenger hvor støtte gjerne kommuniseres og/eller i mindre grad fortolker relasjonen som støttende, enn individer med færre slike symptomer. En kan ikke utelukke at mestring har betydning for også en slik sammenheng. Som nevnt har en tidligere funnet at opplevelsen av sosial støtte er mer påvirket av kognitive trekk ved individet enn av andres hjelp og bidrag (Lakey & Cassady 1990). Med andre ord kan det tenkes at selvtillit og mestringsfølelse påvirker fortolkningen av relasjonen.

6.3 Konklusjon

I denne oppgaven har jeg funnet samspill mellom kjønn og utdanning på mestring og depressivitet, men samspillet har forholdsvis lav forklaringsverdi i begge tilfellene. Videre

har jeg funnet at kvinner gir uttrykk for mest sosial støtte, og menn rapporterer bedre naborelasjoner. Jeg har også funnet at den høyeste utdanningsgrupper gir uttrykk for ukentlig samvær med færrest andre, men likevel høyest grad av sosial støtte. Den laveste utdanningsgruppen gir uttrykk for bedre naborelasjoner og samvær med flest andre, men oppgir likevel lavest grad av sosial støtte.

Sosial støtte og naborelasjoner er negativt korrelert med depressive symptomer etter kontroll for hverandre og samvær. Sammenhengen mellom mestring og depressivitet er svært sterk, særlig i grupper med lav grad av sosiale ressurser. At betydningen av mestringsfølelse for depressive symptomer er noe lavere i grupper med høy grad av sosial støtte og gode naborelasjoner, er i tråd med det en kan forvente seg ut fra hypotesen om samspill mellom mestring, sosiale ressurser og depressivitet i dette utvalget. Med utgangspunkt i tverrsnittsdata er det likevel vanskelig å fastslå hvilke kausale sammenhenger som gjør seg gjeldende.

6.3.1 Fremtidig forskning

I arbeidet med denne oppgaven har det dukket opp et par spørsmål som med fordel kunne vært grundigere utforsket, og av den grunn kan være aktuelle tema for fremtidige undersøkelser. For det første gir ikke LAG-materialet informasjon om respondentenes sosiale bakgrunn. I tilknytning til min problemstilling er det vanskelig å vite hvorvidt effekten av utdanningsnivå på sosiale ressurser, mestringsfølelse og depressive symptomer delvis bør tilskrives respondentenes sosiale bakgrunn. Ettersom en mangler opplysninger om husholdningsinntekter samt yrkeskategori for trygdete respondenter, er det også vanskelig å avklare hvor stor grad av utdanningseffekten på mestring og depressivitet som eventuelt skyldes senere lønnsnivå og/eller arbeids- og ansettelsesforhold.

Det er også vanskelig å gi en fullgod forklaring på sammenhengen mellom sosial støtte og depressive symptomer. Fremtidige undersøkelser kan med fordel ta sikte på å undersøke hvilke mekanismer som her gjør seg gjeldende. Den paradoksale fordelingen av sosial støtte og samvær mellom de ulike utdanningsgruppene synes også aktuell for videre undersøkelser. Hvilke faktorer bidrar til at gruppen med høyere utdanning har den sterkeste opplevelsen av sosial støtte, men samtidig mindre samvær med sine nærmeste enn respondenter fra lavere utdanningsgrupper? I videre studier av sosial støtte, kan man med fordel også problematisere

betydningen av venner. Som nevnt i kapittel 3, måler indeksene for sosial støtte og samvær i denne studien først og fremst graden av støtte fra og samvær med familie og svigerfamilie, mens spørsmål om venner er noe underrepresentert. I eventuelle fremtidige studier av samspill mellom mestring og sosiale ressurser, synes det relevant å kartlegge betydningen av vennskap.

Kildeliste

Alexander, J.C. (1987) Lecture 1: What is Theory. i *Twenty lectures: sociological teori since World War II*, Columbia University Press.

Alvarado, B.E., Zunzunegui, M.V., Bêland, F., Sicotte, M., & Tellecha, L. (2007) Social and Gender inequalities in Depressive Symptoms Among Urban Older Adults of Latin America and the Caribbean. *Journal of Gerontology: Social Sciences* vol 62B, No 4, 2007.

Anehensel, C.S. (1992) Social Stress. Teori and research. *Annual Review of Sociology* 18: 15-38

Bandura, A. (1977) Self-efficacy: Toward a unifying teori of behavioural change. *Psychological review*, 84, 191-215

Bartley, M. Carpenter, L. Dannel, K. & Fitzpatrick, R (1996) Measuring inequalities in health: an analysis of mortality patterns using two social classifications, *Sociology of Health and Illness*, 18 (4): 455-474

Bartley, M. Sacker, A. Firth, D., & Fitzpatrick, R (1999) Understanding social variation in cardiovascular risk factors in women and men – The advantage of theoretically based measures, *Social Science and Medicine*, 49 (6): 831-845

Becker, G. S. (1993) *Human Capital*. University of Chicago Press.

Berkman, L. & Glass, T. (2000) Social Integration, Social Networks, Social Support and Health. I *Social Epidemiology*, Lisa F. Berkman & Ichiro Kawachi (edt.), Oxford University Press, 137-173

Blane, D. (2006) The life course, the social gradient, and health. I *Social Determinants of Health*. M. Marmot & R. G. Wilkinson (red.), Oxford University Press. 54-77

Blazer, D.G. (1982) *Depression in late life*. The C.V. Mosby Company.

Blekesaune, M. (2006) Den sosiale konteksten. I *Eldre år, lokale variasjoner*. NOVA-rapport 15/06.

-
- Bourdieu, P. (1996) *The State Nobility. Elite Schools in the Field of Power*. Polity Press.
- Broadhead, W.E., Kaplan, B.H., James, S.A., Wagner, E.H., Schoenbach, V.J., Grimson, R., Heyden, S., Tibblin, G., & Gehlbach, S.H. (1983) The epidemiologic evidence for a relationship between social support and health. *American Journal of Epidemiology*, 117, 521-537
- Brown, G. W. & Harris, T. (1978) *Social Origins of Depression*, New York, Free Press, 1978
- Brunborg, H. (2002) Norge på topp for første gang. *Samfunnsspeilet* nr. 12002. Statistisk Sentralbyrå. 3-14
- Clausen, S.E. og Slagsvold, B. (2005) Mentale helseproblemer blant eldre – en mulig utfordring for morgendagens tjenester? I *Morgendagens Eldre*. NOVA-rapport 11/2005, s117-130
- Claussen, B. & Næss, Ø. (2002) The selection hypothesis of social inequalities in health: The Oslo mortality study. *Norsk Epidemiologi*, 12(1) 43-46
- Cohen, S. (1996) Psychological stress, immunity, and upper respiratory infections. *Current Directions in Psychological Science* 5:86-90
- Dahl, E. & Birkelund, G.E. (1999) Sysselsetting, klasse og helse 1980-1995. En analyse av fem norske levekårsundersøkelser. *Tidsskrift for samfunnsforskning* 1, 1999 Årgang 40, 3-32
- Dalgard O.S m.fl. (2006) Sosiale risikofaktorer, psykisk helse og forebyggende arbeid. *Rapport 2006:2*. Oslo: Nasjonalt Folkehelseinstitutt.
- Dalgard O.S., Mykletun A., Rognerud M., Johansen R., Zahl, P.H. (2006) Education, sense of mastery and mental health: Results from a nation wide health monitoring system in Norway. *BMC Psychiatry*, 2007, 7:20.
- Dunbar, M., Ford, G., & Hunt, K. (1998) Why is the receipt of social support associated with increased psychological distress? An examination of three hypotheses. *Psychology and Health*, 13, 527-544)

Dunkel-Schetter, C., Feinstein, L.G., Taylor, S.E., and Falke, R.L. (1992) Patterns of coping with cancer. *Health Psychol*, 11, 79-87

Elstad, J.I. Utdanning og helseulikheter: problemstillinger og forskningsfunn. Til publisering 2008.

Elstad, J. I. (2000) Social inequalities in health and their explanations. *NOVA rapport* 9/00

Elstad, J.I. (1998) The psycho-social perspective on social inequalities in health. *Sociology of Health and Illness* Vol 20, No.5, 598-618

Esping-Andersen, G. (1990) *The three worlds of welfare capitalism*. Cambridge: Polity Press.

Festinger, L.(1954) A Teori of Social Comparison Processes. *Human Relations* 7(2), 117-140

FN (2006) Human Development Index. [online] Tilgjengelig fra:
http://hdr.undp.org/en/media/HDR_2006_Tables.pdf [Hentet 10.09.2008]

Folkehelseinstituttet (2007) Rapport 2007:01 Sosial ulikhet i helse. En faktarapport. Nasjonalt folkehelseinstitutt, Norge.

Fonagy, P. (1996) Patterns of attachment, interpersonal relationships and health. *In Health and social organization: towards health policy for the twenty-first century*. D.Blane, E. Brunner, and R. Wilkinson (red.), London: Routledge Press. 125-51

Fyrand, L. (2003) *Rheumatoid Arthritis, Social Networks and Social Support*. Medisinsk Fakultet, Universitetet i Oslo.

Fyrand, L., Moum, T., Wichstrøm, L., Finset, A. & Glennås, A. (2000) Social network size of female patients with rheumatoid arthritis compared to healthy controls. *Scand. J. Rheumatol* 2000; 29: 38-43

Giddens, A. (1976) *New Rules of Sociological Method*. The Anchor Press, London.

Goldthorpe, J.H. (2000) *On Sociology, Numbers, Narratives, and the Integration of Research and Teori*. Oxford University Press.

Haywood, K.L., Garratt, A.M., Dziedzic, K., and Dawes, P.T. (2002) Generic measures of health-related quality of life in ankylosing spondylitis: reliability, validity and responsiveness *Rheumatology* 41: 1380-1387

Hellevik, Ottar (2006) *Forskningsmetode i Sosiologi og Statsvitenskap*, Universitetsforlaget, 7. utgave.

Helse- og Omsorgsdepartementet [online] Tilgjengelig fra:
www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/NOUer/1999/NOU-1999-13/10/13/1.html?id=353041
 [Hentet 10.09.2008]

Helse- og omsorgsdepartementet (2006) Stortingsmelding 25: Mestring, muligheter og mening [online] Tilgjengelig fra:
<http://www.regjeringen.no/Rpub/STM/20052006/025/PDFS/STM200520060025000DDDPDFS.pdf> [hentet 14.09.08]

Hinde, RA & Stevenson-Hinde, J. (1991) Perspectives on attachment. In *Attachment across the life cycle*. C. M. Parkes, J. Stevenson-Hinde and P. Marris (red.), Routledge. 52-63

Holahan, C.K & Holahan, C.J. (1987) Self-efficacy, social support, and depression in aging: a longitudinal analysis. *Journals of Gerontology*, 42:65-8

Holahan, C.J., and Moos, R.H. (1987) Personal and contextual determinants of coping strategies. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52:946-55

Holmøy, A. (2003) Undersøkelse om livsløp, aldring og generasjon (LAG). Dokumentasjonsrapport. Statistisk Sentralbyrå.

Hurst, N.P., Ruta D.A. and Kind, P. (1998) Comparison of the MOS short form-12 (SF12) health status questionnaire with the SF36 in patients with rheumatoid arthritis. *The British Journal of Rheumatology*, Vol 37, 862-869,

Kessler, R.C. (1993) The National Comorbidity Study. Paper presented to the American Sociological Association, Miami Beach, FL.

Kessler, R.C. McGonagle, KA, Zhao, S. Nelson, C.B., Huges, M. Eshleman, S. Wittchen, H.U., og Kendler, K.S. (1994) Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric

disorders in the United States: Result from the National Comorbidity Survey. *Arch. General Psychiatry* 51:8-19

Krause, Neal (1999) Mental Disorder in Late Life. Exploring the Influence of Stress and Socioeconomic Status, I *Handbook of the Sociology of Mental Health*. C. S. Aneshensel & J.C. Phelan (red.), New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers. 209-224

Lakey, B. & Cassady, P.B. (1990) Cognitive processes in perceived social support. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59, 337-343

Machenbach, J.P., Kunst, A.E., Cavelaars, E.J.M., Groenhof, F. Og Geurts, J.J.M. (1997) Socioeconomic inequalities in morbidity and mortality in Western Europe. *Lancet* 1997; 349: 1655-59

Major, B., Testa, M., & Bylsma, W.H. (1991) Responses to upward and downward comparisons: the impact of esteem-relevance and perceived control. In *Social comparison: contemporary teori and research*. J.M. Suls & T.A. Wills (red.), Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates. 237-260

Marris, P. (1991) The Social Construction of Uncertainty. In *Attachment across the life cycle*. C. M. Parkes, J. Stevenson-Hinde and P. Marris (red.), Routledge. 77-90

Mattlin, J.A., Wethington, E. & Kessler, R.C. (1990) Situational determinants of coping and coping effectiveness. *Journal of Health and Social Behaviour*, 31: 103-22

Menaghan, E.G. (1990) Social Stress and Individual Distress, in *Research in Community and Mental Health*, JAI Press Inc. Vol.6, 107-141

Merton, R. (1938) Social structure and Anomie. *American Sociological Review*, Vol.3, No.5, 672-682

Minicuci, N., Maggi, S., Pavan, M., Enzi, G. & Crepaldi, G. (2002) Prevalence Rate and Correlates of Depressive Symptoms in Older Individuals. The Veneto Study *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences* 57:M155-M161

Mirowsky, J. & Ross, C.E. (2007) Life Course Trajectories of Perceived Control and Their Relation to Education, *American Journal of Sociology*, Vol.112 No. 5 (March 2007):1339-82

Mirowsky, J. & Ross, C.E. (2003) *Social Causes of Psychological Distress*, Aldine de Gruyter, New York.

Mirowsky, J. & Ross, C.E. (1995) Sex Differences in Distress: Real or Artifact? *American Sociological Review*, Vol. 60, No. 3 (Jun., 1995), 449-468

Moum T. Falkum, E. Tambs, K. Vaglum, P (1991) Sosiale bakgrunnsfaktorer og psykisk helse. I *Helse i Norge. Sykdom, livsstil og bruk av helsetjenester*. Moum T. (red.), Gyldendal Norsk forlag. Oslo.

Nolen-Hoeksema, S. (2001) Gender Differences in Depression. *Current Directions in Psychological Science* 10 (5), 173–176

Nolen-Hoeksema, S. (1995) Gender Differences in coping with Depression across the Lifespan. *Depression* 3:81-90

Nolen-Hoeksema, S. (1987) Sex differences in unipolar depression: Evidence and teori. *Psychological Bulletin*. 1987 Mar; 101(2):259-82

Nordli Hansen, M. & Mastekaasa, A. (2005) Utdanning, ulikhet og forandring. I *Det norske samfunn*, red. Ivar Frønes & Lise Kjølørød. Gyldendal Akademisk.

Panzarella, C., Alloy, L.B., Whitehouse, W.G. (2006) Expanded Hopelessness Teori of Depression: On the Mechanisms which Social Support Protects Against Depression. *Cognitive Therapy and Research* (2006) 30:307-333

Pallant, J. (2007) *SPSS Survival Manual*, 3. edition. Open University Press

Pearlin, L.I. (1989) The sociological study of stress. *Journal of Health and Social Behaviour*, 30 (September) : 241-256

Pearlin, L. & Schooler, C. (1978) The Structure of Coping, *Journal of Health and Social Behaviour* Vol 19, No.1, 2-21

Pierce, R.S., Frone, M.R. Russel, M., Lynne Cooper, M. & Mudar, P. (2000) A Longitudinal Model of Social Contact, Social Support, Depression, and Alcohol Use. *Health Psychology* 2000, Vol 19, No. 1, 28-38

Radloff, L.S.(1977) The CESD-scale: A Self-Report Depression Scale for Research in the General Population. *Applied psychological measurement* Vol.1. No 3 Summer 1977. 385-401

Reynolds, John R., & Ross, Catherine E. (1998) Social Stratification and Health: Education's Benefit Beyond Economic Status and Social Origins. *Social Problems*, Vol. 45, No 2, May 1998

Rognerud, M. Strand, B.H. Dalgård, O.S.(2002) Psykisk helse i levekårsundersøkelsen i 1998_Sosioøkonomiske forskjeller i psykisk helse og livsstil. *Norsk epidemiology*; 12: 239-48

Rook, K.S. (1984) The negative side of social interaction: Impact of psychological well-being. *Journal of Personality & Social Psychology* 46: 1097-1108

Rosenfield, Sarah (1999) Gender and Mental Health: Do women have more psychopathology, men more, or both the same (and why)? I *A Handbook for the Study of Mental Health*, A.V. Horwitz, & T.L. Scheid (red.), Cambridge University Press. 348-360

Rosenfield, S. (1999) Splitting the difference. Gender, the self, and mental health. I *A Handbook of the Sociology of Mental Health*. Aneshensel C. S. & Phelan J.C. (red.), New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers. 209-224

Ross, L.T., Lutz, C.J., Lakey, B. (1999) Perceived Social Support and Attributions for Failed Support. *Personality and social psychology bulletin* 1999; 25; 896-908

Ross, C.E., & Mirowsky, John (2006) Sex differences in the effect of education on depression: Resource multiplication or resource substitution? *Social Science and Medicine* 63, 2006, 1400-1413

Ross, C.E. & Mirowsky, J. (1989) Explaining the Social Patterns of Depression: Control and Problem Solving – or Support and Talking, *Journal of Health and Social Behaviour* 1989, vol 30: 206-219

Ross, C.E. & Sastry, J. (1999) The Sense of Personal Control, i *Handbook of the Sociology of Mental Health*. C. S. Aneshensel & J. C. Phelan (red.), Kluwer Academic/Plenum Publishers, New York. 369-394

Schwartz, S. (2002) Outcomes for the Sociology of Mental Health: Are We Meeting Our Goals? *Journal of Health and Social Behavior* 2002, Vol. 43 (June): 223-235

Seeman, M. (1959) On The Meaning of Alienation, *American Sociological Review*, Vol. 24, No. 6, 783-791

Seligman, M. E. P. (1975) *Helplessness. On Depression, Development, and Death*. W.H. Freeman and Company. San Francisco.

Seligman, M.E.P & Elder, G. (1986) Learned helplessness and Life-Span Development. I *Human Development and the Life Course: Multidisciplinary Perspectives*. Editors: Aage B. Sørensen, Franz E. Weinert, Lonnie R. Sherrod. Publisher: Lawrence Erlbaum Associates. Place of Publication: Hillsdale, N.J. Publication Year: 1986. 377-428.

Selye, H. (1956) *The stress of life*. McGraw-Hill, New York.

Siegrist, J. & Marmot, M. (2004) Health inequalities and the psychosocial environment – two scientific challenges. *Social Science and Medicine* 58 1463-1473

Skog, Ole Jørgen (2005) *Å forklare sosiale fenomener*. Gyldendal norsk forlag, 2.utgave, 2.opplag.

Slagsvold, B., Clausen, S.E. & Hansen, T. (2006) Mental helse, livskvalitet og lokalmiljø – kontekstuell variasjon. I *Eldre år – lokale variasjoner*. NOVA-rapport 15/06.

Slagsvold, B. & Sørensen, A. (2008) Age, Education and the Gender Gap in Sense of Control. *Ageing and Human Development*. Vol 67.No.1. 25-42

Sonnenberg, C.M., Beekman, A.T.F., Deeg, D.J.H., van Tilburg, W. (2000) Sex differences in late life depression. *Acta Psychiatr. Scand* 2000: 101:286-292

Sosial og helsedirektoratet (2005) *Sosiale ulikheter i Helse i Norge*, 10/05

Stansfeld, S.A. (2006) Social support and social cohesion. I *Social Determinants of Health* (Edited by Michael Marmot & Richard G. Wilkinson), Oxford University Press. 148-171.

Thoits, P. (1999) Sociological Approaches to Mental Illness, i *A Handbook for the Study of Mental Health*. A. V. Horwitz, og T. L. Scheid, Cambridge University Press. 121-138

Thoits, P. (1995) Stress, Coping, and Social Support Processes: Where Are We? What Next? *Journal of Health and Social Behaviour*, Vol. 35, Extra Issue: Forty Years of Medical Sociology: The State of the Art and Directions for the Future. 53-79

Thoits, P. (1994) Stressors and Problem-Solving: The Individual as Psychological Activist. *Journal of Health and Social Behavior*, Vol. 35, No. 2 (Jun., 1994), 143-160

Thrane, Christer (2005) Explaining educational-related inequalities in health: Mediation and moderator models. *Social Science and & Medicine*, Vol 62, Issue 2, January 2006

Turner, J.R. (1999a) Social Support and Coping. In *A Handbook for the Study of mental Health*, edited by A.V.Horwitz & T.L.Scheid, Cambridge University Press 1999, 198-210

Turner, R.J. & Lloyd, D.A. (1999b) The Stress Process and the Social Distribution of Depression. *Journal of Health and Social Behavior*, Vol.40, No.4. 374-404

Turner, R.J., Lloyd, A., Roszell, P. (1999c) Personal Resources and the Social Distribution of Depression, *American Journal of Community Psychology*, Vol.27, No. 5 1999, 643-672

Turner, J.R., Noh, S. (1983) Class end Psychological Vulnerability Among Women: The Significance of Social Support and Personal Control. *Journal of Health and Social Behavior*, Vol. 24, No.1, 2-15

Turner, R.J., Wheaton, B. & Lloyd, D.A. (1995) The epidemiology of social stress, *American Sociological Review*, 60 (February), 104-125

Umberson, D., Chen, M.D, House, J.S., Hopkins, K., Slaten, E. (1996) The Effect of Social Relationships on Psychological Well-Being: Are Men and Women Really so Different? *American Sociological Review*, Vol.61, No.5, 837-857

Unger R.K. (1975) *Status, power, and gender: An examination of parallelisms*. Paper presented at the conference on New Directions for Research on Women, Madison WI.

Valset, K. (2007) *Helse og bosted – hvordan kan geografiske helseulikheter forklares?* Hovedoppgave ved institutt for sosiologi og samfunnsgeografi ved Universitetet i Oslo

Wahrman, R. and Pugh, M.D. (1974) Sex, Nonconformity and Influence. *Sociometry*, Vol. 37, No. 1 (Mar., 1974), 137-147

Wolf, T.M., Balson, P.M., Morse, E.V., Simon, P.M., Gaumer, R.H., Dralle, P.W., and Willians, M.H. (1991) Relationship of coping style to affective state and perceived social support in asymptomatic and symptomatic HIV-infected persons: implications of clinical management. *Journal of Clinical Psychiatry*, 52: 171-3

Wolk, S.I. & Weissman, M.M. (1995) *Review of psychiatry*. Av John M. Oldham, Michelle B. Riba. Utgitt av American Psychiatric Pub. 227

Zunzunegui, M.V., Béland, F., Llacer, A., León V. (1998) Gender differences in depressive symptoms among Spanish elderly. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 1998 May;33(5):195-205.

Alle kilder som er brukt i denne oppgaven er oppgitt.

Appendiks

Appendiks 1: Frekvenstabell for variabelen for mestringsfølelse

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	7,00	1	,0	,0	,0
	9,00	1	,0	,0	,0
	10,00	7	,2	,2	,2
	11,00	8	,2	,2	,4
	12,00	9	,2	,2	,6
	13,00	23	,6	,6	1,2
	14,00	38	,9	,9	2,1
	15,00	41	1,0	1,0	3,1
	16,00	70	1,7	1,7	4,8
	17,00	84	2,0	2,0	6,9
	18,00	101	2,4	2,5	9,3
	19,00	116	2,8	2,8	12,2
	20,00	169	4,1	4,1	16,3
	21,00	205	4,9	5,0	21,3
	22,00	244	5,9	5,9	27,2
	23,00	268	6,4	6,5	33,8
	24,00	259	6,2	6,3	40,1
	25,00	304	7,3	7,4	47,5
	26,00	339	8,1	8,3	55,8
	27,00	324	7,8	7,9	63,7
	28,00	336	8,1	8,2	71,8
	29,00	304	7,3	7,4	79,3
	30,00	274	6,6	6,7	85,9
	31,00	175	4,2	4,3	90,2
	32,00	155	3,7	3,8	94,0
	33,00	99	2,4	2,4	96,4
	34,00	95	2,3	2,3	98,7
	35,00	53	1,3	1,3	100,0
	Total	4102	98,4	100,0	
Missing	System	67	1,6		
Total		4169	100,0		

Appendiks 2: Effekten av kjønn på mestringsfølelse (z) og depressive symptomer (z)

	Mestringsfølelse (z)		Depressive symp.(z)	
(Konstant)	-,055**	,022	,052**	,022
kjønn	,116*	,031	-,109**	,031

*Sig.< 0,001 **Sig. <0,01 ***Sig.<0,05

Adjusted R Square: Mestring: 0,003 Depressive symptomer: 0,003

Appendiks 3: Effekten av utdanning på mestringsfølelse (z) og depressive symptomer (z)

	Mestringsfølelse (z)		Depressive symp.(z)	
(Konstant)	-,372*	,036	,267*	,037
Videregående	,388*	,042	-,278*	,042
Høyskole/Univers.	,592*	,046	-,424*	,047

*Sig.< 0,001 **Sig. <0,01 ***Sig.<0,05

Adjusted R Square: Mestring: 0,39 Depressive symptomer: 0,019

Appendiks 4: Effekten av alder på mestringsfølelse og depressivitet

	Mestringsfølelse		Depressive symptomer	
	B	Std.dev.	B	Std.dev
(Konstant)	1,013*	,100	2,175*	,472
Kjønn	,201**	,070	-,313*	,074
videregående	,306*	,055	-,383*	,058
Universitet/Høysk.	,473*	,062	-,476*	,065
Kjønn *				
Videregående	-,076	,081	,277**	,085
Kjønn *				
Universitet/høysk.	-,082	,090	,200***	,095
Alder	-,024*	,001	-,068*	,016
Alder kvadrert	---	---	,001*	,000

*Sig.< 0,001 **Sig. <0,01 ***Sig.<0,05

Adjusted R Square: Mestringsfølelse: 0,105 Depressive symptomer: 0,033

Appendiks 5: Effekten av sentralitet på mestringsfølelse og depressive symptomer

Modell		Mestring (Z)		Depress. Symp.(z)	
6	(Konstant)	-,310***	,151	3,261*	,479
	Kjønn	,119	,068	-,173***	,071
	Videregående	,188*	,054	-,270*	,056
	Universitet/ Høyskole	,275*	,062	-,308*	,064
	Kjønn x Videregående	-,036	,078	,220**	,081
	Kjønn x Uni/Høyskole	-,083	,087	,173	,091

Alder	-,015*	,002	-,059*	,017
Alder kvadrert	---	---	,00045**	,000
Fysisk helse	,018*	,001	-,022*	,002
Gift eller samboende	,077***	,034	-,339*	,035
Har barn	,119**	,042	-,038	,044
Hjemmевærende/annet	-,253*	,069	,233*	,071
Pensjonist	-,190*	,054	,171**	,063
Trygdet	-,357*	,056	,205*	,058
Sentralitet 01	,045	,050	,001	,052
Sentralitet 02	,073	,056	,050	,057
Sentralitet 03	,095**	,036	,073***	,037

*Sig.< 0,001 **Sig. <0,01 ***Sig.<0,05

Adjusted R Square: Mestring: 0,172 Depressive symptomer: 0,125

Appendiks 6: Samspill mellom kjønn og utdanning på sosial støtte, samvær og naborelasjoner

Modell		Sosial støtte		Samvær		Naborelasjone	
1	(Konstant)	-,287*	,037	,111**	,038	,172*	,039
	Kjønn	-,202*	,030	-,037	,031	,130*	,031
	Videregående	,383*	,041	-,023	,041	-,207*	,042
	Høyskole/Univ.	,648*	,045	-,245*	,046	-,422*	,047
2	(Konstant)	-,287*	,047	,089	,047	,150**	,049
	Kjønn	-,202**	,070	,013	,071	,180***	,073
	Videregående	,369*	,055	,006	,056	-,217*	,057
	Høyskole/Univ.	,674*	,061	-,220*	,062	-,326*	,063
	Kjønn x videreg.	,029	,082	-,064	,083	,015	,085
	Kjønn x universitet/høysk.	-,056	,091	-,057	,092	-,206***	,094

*Sig.< 0,001 **Sig. <0,01 ***Sig.<0,05

Adjusted R Square:

Modell	Sosial støtte	Samvær	Nabo-relasjoner
1	0,055	0,01	0,024
2	0,055	0,01	0,027

Appendiks 7: Effekten av kjønn på sosial støtte, samvær og naborelasjoner

	Sosial støtte (z)		Samvær (z)		Naborelasjoner (z)	
(Konstant)	,091*	,021	,029	,021	-,057**	,022
kjønn	-,192*	,031	-,037	,031	,120*	,031

*Sig.< 0,001 **Sig. <0,01 ***Sig.<0,05

Adjusted R Square: Sosial støtte: 0,09, Samvær: 0,000 Naborelasjoner: 0,003

Appendiks 8: Effekten av utdanning på sosial støtte, samvær og naborelasjoner

	Sosial støtte		Samvær		Naborelasjoner	
(Konstant)	-,377*	,035	,095**	,035	,229*	,036
Videregående	,375*	,041	-,024	,041	-,202*	,042
Høyskole/Universitet	,641*	,045	-,246*	,046	-,418*	,047

*Sig.< 0,001 **Sig. <0,01 ***Sig.<0,05

Adjusted R Square: Sosial støtte: 0,01 Naborelasjoner: 0,02

Appendiks 9 Korrelasjon mellom samvær og sosial støtte i 3 utdanningsgrupper

tre utdanningsnivå			Samvær
Grunnskole	Sosial støtte	Pearson Correlation	,234(**)
		Sig. (2-tailed)	,000
		N	770
Videregående	Sosial støtte	Pearson Correlation	,256(**)
		Sig. (2-tailed)	,000
		N	2224
Høyskole/Universitet	Sosial støtte	Pearson Correlation	,245(**)
		Sig. (2-tailed)	,000
		N	1147

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Appendiks 10: Effekten av alder på sosiale ressurser

	Sosial støtte (z)		Samvær (z)		Naborelasjoner (z)	
	B	Std.E.	B	Std.E.	B	Std.E.
(Konstant)	1,359*	,092	1,209*	,095	,349*	,098
Kjønn	-,171*	,029	-,019	,030	,133*	,031
Videregående	,246*	,040	-,108**	,041	-,219*	,043
Universitet/Høyskole	,467*	,045	-,360*	,046	-,441*	,048
Alder	-,027*	,001	-,018*	,001	-,003	,001

*Sig.< 0,001 **Sig. <0,01 ***Sig.<0,05

Adjusted R Square: Sosial støtte:0,135 Samvær:0,047 Naborelasjoner: 0,024

Appendiks 11: Effekten av sentralitet på sosiale ressurser

	Sosial støtte (z)		Samvær (z)		Naborelasjoner(z)	
	B	Std.E.	B	Std.E.	B	Std.E.
(Konstant)	,114	,140	,751*	,147	,260	,148
Kjønn	-,231*	,028	-,021	,029	,073***	,030
Videregående	,203*	,038	-,084***	,040	-,127**	,040
Universitet/Høyskole	,416*	,044	-,263*	,046	-,195*	,047
Alder	-,022*	,002	-,021*	,002	,001	,002
Fysisk helse	,005**	,001	,000	,001	,002	,001
Gift eller samboende	,509*	,032	,095**	,034	,294*	,034
Har barn	,498*	,040	,709*	,042	,012	,042
Hjemmевærende/annet	-,090	,066	,058	,069	,018	,070
Pensjonist	-,040	,052	,110***	,054	-,007	,055

	Trygdet	-,037	,053	-,088	,056	-,065	,056
	Sentralitet 01	,071	,048	-,017	,050	-,315*	,051
	Sentralitet 02	,066	,053	,031	,056	-,318*	,056
	Sentralitet 03	,094**	,034	-,233*	,036	-,843*	,036

*Sig.< 0,001 **Sig. <0,01 ***Sig.<0,05

Adjusted R Square: Sosial støtte: 0,237, Samvær:0,136, Naborelasjoner 0,169

Appendiks 12: Effekten av mestringsfølelse på depressive symptomer hos henholdsvis kvinner og menn

kjønn	Model	Depressivitet (z)		Sig.
		B	Std. Error	
Kvinne	1 (Constant)	2,782	,099	,000
	Mestringsfølelse	-,109	,004	,000
Mann	1 (Constant)	2,593	,107	,000
	Mestringsfølelse	-,103	,004	,000

Adjusted R Square Kvinner: 0,27 Adjusted R Square Menn: 0,25

Standardfeilen til differansen mellom koeffisientene $= \sqrt{SE(b_K)^2 + SE(b_M)^2} = 0,00566$

$$\text{Testobservatoren } t = \frac{b_K - b_M}{SE(b_K - b_M)} = \frac{(-0,109) - (-0,103)}{0,00566} = -1,06$$

Appendiks 13: Regresjonsanalyse av sammenhengen mellom sosial støtte og depressive symptomer

Model	Depressive symptomer		Sig.
	B	Std. Error	
1	,259	,022	,000
Sosial støtte 01	-,501	,031	,000

*Sig.< 0,001 **Sig. <0,01 ***Sig.<0,05

Adjusted R Square: 0,063

Appendiks 14: Regresjonsanalyse av sammenhengen mellom samvær og depressive symptomer

Model	Depressive symptomer		Sig.
	B	Std. Error	
1 (Constant)	,055	,020	,006
Samvær 01	-,143	,032	,000

*Sig.< 0,001 **Sig. <0,01 ***Sig.<0,05

Adjusted R Square: 0,005

Appendiks 15: Regresjonsanalyse av sammenhengen mellom naborelasjoner og depressive symptomer

Model	Depressive symptomer		
	B	Std. Error	Sig.
1 (Constant)	,122	,023	,000
Naborelasjoner 01	-,238	,032	,000

*Sig.< 0,001 **Sig. <0,01 ***Sig.<0,05
Adjusted R Square: 0,014

Appendiks 16: Regresjonsanalyse av sammenhengen mellom mestringsfølelse og depressive symptomer

Model	Depressive symptomer		
	B	Std. Error	Sig.
1 (Constant)	2,706	,072	,000
Mestringsfølelse	-,107	,003	,000

*Sig.< 0,001 **Sig. <0,01 ***Sig.<0,05
Adjusted R Square 0,26

Appendiks 17: Regresjonsanalyse av samspill mellom mestringsfølelse og sosiale ressurser på depressive symptomer

Modell		Kolonne A		Regresjon B:	
		Depressive sympt.		Depressive sympt.	
	(Samspillsledd i modellen)	(Sosial støtte x mestring)		(Naborelasjoner x mestring)	
		B	St.dev.	B	Std.dev
1	(Konstant)	,361*	,028	,361*	,028
	Sosial støtte 01	-,481*	,031	-,481*	,031
	Samvær 01	-,036	,032	-,036	,032
	Naborelasjoner 01	-,197*	,031	-,197*	,031
2	(Konstant)	2,736*	,073	2,736*	,073
	Sosial støtte 01	-,261*	,028	-,261*	,028
	Samvær 01	-,022	,028	-,022	,028
	Naborelasjoner 01	-,149*	,027	-,149*	,027
	Mestringsfølelse	-,099*	,003	-,099*	,003
4	(Konstant)	3,004*	,099	3,015*	,103
	Sosial støtte 01	-,822*	,149	-,267*	,028
	Samvær 01	-,024	,028	-,025	,028
	Naborelasjoner 01	-,145*	,027	-,660*	,145
	Mestringsfølelse	-,109*	,004	-,109*	,004

	Samspillsledd	,022*	,006	,020*	,006
	kjønn	-,066***	,027	-,065***	,027
5	(Konstant)	3,040*	,100	3,061*	,105
	Sosial støtte 01	-,811*	,149	-,257*	,029
	Samvær 01	-,028	,028	-,029	,028
	Naborelasjoner 01	-,154*	,028	-,681*	,145
	Mestringsfølelse	-,108*	,004	-,108*	,004
	Samspillsledd	,022*	,006	,021*	,006
	kjønn	-,064***	,027	-,063***	,027
	videregående	-,068	,038	-,075***	,038
	universitethoyskole	-,092***	,043	-,097*	,043
6	(Konstant)	5,229*	,415	5,322*	,418
	Sosial støtte 01	-,805	,148	-,284*	,029
	Samvær 01	-,043	,028	-,045	,028
	Naborelasjoner 01	-,155*	,028	-,679*	,144
	Mestringsfølelse	-,111*	,004	-,112*	,004
	Samspillsledd	,020*	,006	,021*	,006
	kjønn	-,052	,027	-,051	,027
	videregående	-,105**	,038	-,111**	,038
	universitethoyskole	-,136*	,043	-,142*	,043
	Alder	-,063*	,014	-,065*	,014
	Alder kvadrert	,000*	,000	,000*	,000
7	(Konstant)	5,778*	,412	5,866*	,416
	Sosial støtte 01	-,780*	,146	-,274*	,028
	Samvær 01	-,041	,028	-,042	,028
	Naborelasjoner 01	-,161*	,027	-,667*	,142
	Mestringsfølelse	-,104*	,004	-,104*	,004
	Samspillsledd	,020*	,006	,020*	,005
	kjønn	-,022	,027	-,022	,027
	videregående	-,073***	,037	-,079***	,037
	universitethoyskole	-,067	,043	-,072	,043
	Alder ved intervjuet, hele år	-,067*	,014	-,069*	,014
	Alder Kvadrert	,000*	,000	,000*	,000
	Fysisk helse	-,014*	,001	-,014*	,001
8	(Konstant)	5,744*	,410	5,834*	,413

	Sosial støtte 01	-,739*	,146	-,238*	,029
	Samvær 01	-,042	,028	-,043	,028
	Naborelasjoner 01	-,146*	,027	-,652*	,141
	Mestringsfølelse	-,104*	,004	-,104*	,004
	Samspillsledd	,020*	,006	,020*	,005
	Kjønn	,008	,027	,009	,027
	Videregående	-,068	,037	-,075***	,037
	Universitet/Høyskole	-,067	,042	-,073	,042
	Alder ved intervjuet, hele år	-,063*	,014	-,065*	,014
	Alder kvadrert	,000*	,000	,000*	,000
	Fysisk helse	-,013*	,001	-,013*	,001
	Gift/samboende	-,235*	,032	-,236*	,032
	Barn	,092***	,040	,090***	,040
10	(Konstant)	5,467*	,431	5,550*	,434
	Sosial støtte 01	-,740*	,146	-,242*	,029
	Samvær 01	-,041	,028	-,042	,028
	Naborelasjoner 01	-,123*	,028	-,622*	,142
	Mestringsfølelse	-,104*	,004	-,104*	,004
	Samspillsledd	,019*	,006	,020*	,005
	Kjønn	,011	,027	,012	,027
	Videregående	-,074***	,037	-,080***	,037
	Universitet/Høyskole	-,079	,043	-,084	,043
	Alder ved intervjuet, hele år	-,053*	,015	-,055*	,015
	Alder kvadrert	,000***	,000	,000***	,000
	Fysisk helse	-,013*	,001	-,013*	,001
	Gift/samboende	-,233*	,032	-,234*	,032
	Barn	,096***	,040	,093***	,040
	Hjemmeværende/annet	,128***	,063	,126***	,063
	Pensjonist	,113***	,056	,113***	,056
	Trygdet	,031	,051	,026	,051
	Sentralitet 01	-,002	,046	-,003	,046
	Sentralitet 02	,058	,051	,065	,051
	Sentralitet 03	,080***	,034	,078***	,034

*Sig.< 0,001 **Sig. <0,01 ***Sig.<0,05

Adjusted R Square

Model	Adjusted R Square Kolonne A	Adjusted R Square Kolonne B
1	,073	,073
2	,291	,291
3	,293	,293
4	,294	,294
5	,294	,294
6	,306	,306
7	,325	,325
8	,334	,335
9	,335	,335
10	,336	,336

Antall ord i denne oppgaven er 39172. Forside, kildeliste og appendiks kommer i tillegg.